LES

PRÉCORDIALGIES

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE

SUR

LES DOULEURS DE LA RÉGION DU CŒUR

LES PRÉCORDIALGIES

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE

SUR

LES DOULEURS DE LA RÉGION DU CŒUR

PAR

Le Dr Paul CHEVILLOT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LIBRARY

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

—

1893

R52513

LES PRÉCORDIALGIES

ETUDE SEMÉIOLOGIQUE SUR LES DOULEURS DE LA RÉGION DU CŒUR

INTRODUCTION.

Dans une leçon clinique qu'il faisait à l'hôpital Bichat au mois de novembre 1892, M. Huchard donnait le nom de *précordialgie* à toute douleur, accompagnée ou non d'angoisse, survenant dans la région précordiale. Après avoir passé en revue les diverses douleurs qui peuvent affecter cette région, notre excellent maître arrivait à cette conclusion : « En général, à de rares exceptions près, chaque fois qu'un malade vient se plaindre au médecin, d'une douleur dans la région cardiaque, il n'a pas d'affection organique du cœur ».

Cette leçon clinique qui nous avait particulièrement intéressé fut publiée dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1), et dès cet instant nous résolûmes d'étudier cette question, et d'en faire l'objet de notre thèse. Depuis, nous avons toujours exploré avec soin la sensibilité précordiale chez tous les malades cardiaques ou nerveux qui ont été l'objet de notre examen. Ils ne nous ont point

(1) *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1893, p. 1.

manqué dans notre service de l'hôpital Bichat, et nous avons résolu d'exposer le résultat de nos recherches dans cette étude séméiologique.

Les douleurs précordiales, suivant les cas, sont dues à des causes multiples et toutes différentes les unes des autres ; elles exposent à de fréquentes erreurs de diagnostic, et, par conséquent, point capital, à d'aussi fréquentes erreurs de thérapeutique et de pronostic.

Les malades qui viennent se plaindre de douleurs proprement dites, ou simplement de sensations pénibles dans la région précordiale sont extrêmement nombreux, beaucoup plus nombreux que ceux qui souffrent de la région thoracique correspondante droite. Si, comme nous essayons de le démontrer, ces douleurs sont la plupart du temps dues à l'arthritisme, à une lésion pulmonaire ou pleurale, et surtout à un état névropathique, on peut s'étonner de la fréquence des localisations à gauche, de leur rareté à droite, et l'on comprend pourquoi les malades, et souvent aussi les médecins songent invinciblement à établir une relation de cause à effet avec le cœur.

La question des douleurs précordiales, étudiée dans tous les ouvrages de pathologie et de clinique médicales, a été magistralement traitée par le professeur Peter dans les chapitres sur les points de côté (1) ; cependant, en dehors de quelques questions de pathogénie sur lesquelles nous n'insisterons pas, M. Peter a assigné à la douleur dans les maladies de cœur certains caractères que nous n'avons jamais rencontrés chez les malades soumis à notre observation.

(1) M. Peter, *Clin. médic.*, t. I.

La même question avait été étudiée par Bonneau (1) mais ce travail renferme des lacunes ou des erreurs que nous essayons de combler en partie, en nous servant des ouvrages qui ont été publiés depuis. Dès 1879, et surtout en 1883 M. Huchard, dans ses études sur les angines de poitrine s'est appliqué à montrer l'importance de l'étude séméiologique des douleurs précordiales.

Plus récemment enfin, MM. G. Sée et Nothnagel (en Autriche) ont publié sur le même sujet le résultat de leurs observations.

En somme, nous croyons pouvoir dire que le *symptôme douleur* n'est pas propre aux maladies du cœur ; que les nerfs du cœur ne souffrent pas, et que la douleur, si fréquente de la région précordiale, est due, quand elle existe, soit à l'artérite, soit à la névralgie ou à la névrite des nerfs qui avoisinent le cœur : le plus souvent nerfs phrénique ou intercostaux.

*
* *

Mais au moment où nous achevons nos études médicales, notre premier devoir, et l'un des plus doux, est de remercier tous nos maîtres des hôpitaux de Paris qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur haute expérience pendant le temps que nous avons passé auprès d'eux.

M. le Dr H. Huchard dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève pendant la plus grande partie de nos études médicales, nous a initié à la connaissance des maladies du cœur et à la thérapeutique clinique. Il nous pardonnera de ne point trouver de termes pour le remercier : il sait quelle reconnaissance

(1) Bonneau, *De la douleur dans les maladies du cœur*, th. de Paris, 1872.

nous lui gardons au fond du cœur pour l'inaltérable bonté et l'amitié qu'il nous a toujours témoignées.

Nous avons eu également la bonne fortune et l'honneur, pendant notre dernière année d'externat, d'être l'élève de M. le Professeur Terrier. Sous sa direction nous avons appris la pratique de la chirurgie antiseptique, qui nous sera d'un si grand secours, et nous tenons ainsi, pour le passé comme pour l'avenir à lui exprimer notre respectueuse gratitude. Sous la savante direction de MM. les Drs Renault et d'Heilly, nous avons appris les maladies de la peau et des organes génitaux et les maladies de l'enfance. La sollicitude de ces excellents maîtres s'est étendue au delà des limites du temps que nous avons passé comme externe dans leur service et nous tenons à leur dire que nous n'oublierons jamais leur bienveillance à notre égard.

Nous avons reçu de MM. Gouraud, Hypp. Martin, Variot, Schwartz, Hartmann, Walther et Demelin un précieux enseignement clinique médical ou chirurgical, et nous avons pu étudier les accouchements sous la haute direction de M. le Professeur Tarnier. Nous les remercions ici des leçons qu'ils nous ont données.

Collaborateur de la *Revue générale de Clinique et de thérapeutique* (*Journal des Praticiens*) depuis trois ans, nous avons reçu non seulement de son directeur, mais aussi de son rédacteur en chef, M. le Dr Eloy, ancien interne des hôpitaux, des témoignages d'affectueuse bienveillance

pour lesquels nous avons le devoir et le plaisir à la fois, d'exprimer notre vive et sincère gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres et amis de l'hôpital Bichat, MM. les Drs Weber, Péraire, et Guillemain qui nous ont toujours aidé si obligeamment de leurs précieux conseils.

Nous prions Monsieur le professeur Laboulbène, président de l'Académie de médecine, d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

De la douleur en général. — Classification des précordialgies.

Avant d'établir le plan de notre travail, et d'essayer de classer les diverses précordialgies, il nous paraît indispensable de dire quelques mots de la *douleur* en général, et des diverses formes qu'elle peut revêtir.

Bien qu'il semble inutile de donner la définition d'un mot dont chacun connaît le sens, et que tous, comme dit Gerdy, connaissent par expérience, si nous voulons définir la douleur, nous rappellerons ce qu'a dit à ce sujet M. Ch. Eloy dans un très remarquable article (1).

« La douleur, dit-il, consistant à la fois dans une impression, une sensation et une perception, la définition suivante me paraît à coup sûr la plus acceptable :

« La douleur est toute sensation pénible perçue par les centres nerveux, mais variée dans ses modalités, ses effets et ses causes ».

« Au point de vue physiologique, ajoute-t-il, c'est une modalité anormale de la sensibilité ; elle consiste dans un trouble de la cénesthésie.

« Cliniquement, pour l'économie vivante, la douleur ré-

(1) Ch. Eloy, Art. Douleur, *Diction. encyclopédique des sciences médicales.*

vèle une offense de l'innervation sensitive, c'est l'appel au secours de l'organisme ».

« Le mécanisme de la douleur, dit encore le même auteur auquel nous faisons de si larges emprunts, rentre, pour ainsi parler, dans la formule générale du système sensitif, et le schéma anatomique de ses phénomènes, est constitué :

« 1° A la périphérie par des organes récepteurs des impressions pénibles ou désagréables ;

« 2° Par des nerfs servant à transmettre les impressions aux centres après leur trajet dans un ganglion nerveux ;

« 3° Par l'axe gris de la moelle, laissant passer ces impressions ou bien les retenant (action réflexe) ;

« 4° Par les fibres nerveuses, les conduisant à travers la protubérance ;

« 5° Par les cellules cérébrales hémisphériques, organes de perfectionnement de la sensation et siège de la perception ou du sentiment de la douleur, auquel cas il existerait une zône sensitive ».

Les explications théoriques de la nature de la douleur ne satisfont pas complètement. Aussi n'y insistons-nous point.

Au point de vue clinique, la douleur peut revêtir les formes les plus variées, suivant la cause qui la produit, et surtout suivant les malades. Elle peut se présenter avec le type continu, avec ou sans exacerbation, avec le type intermittent, régulier ou non.

Ses caractères sont encore bien plus variables, et, suivant les sensations des malades, les noms les plus divers lui ont été donnés. On la dit lancinante, — pongitive, —

contusive, — cuisante, — brûlante, — gravative, — angoissante, etc., etc.

Elle peut enfin être soit spontanée, soit provoquée par l'effort ou la pression.

Les effets de la douleur sont également variables, suivant son intensité et sa durée. Elle peut passer inaperçue, ou déterminer divers accidents sympathiques, vomissements, convulsions, et même elle peut par elle seule amener la mort.

« La douleur peut causer la mort par syncope, inhibition des activités fonctionnelles, ou par épuisement nerveux. En effet le mécanisme de la mort par la douleur est loin d'être unique, et, dans une même maladie, elle peut la provoquer différemment ». (Ch. Eloy).

*
* *

Il est encore un autre phénomène fréquent dans les affections du cœur et des vaisseaux, dont nous aurons à chaque instant à parler, et qu'il est nécessaire de distinguer de la douleur proprement dite ; je veux parler de l'angoisse. L'*angoisse* et la douleur sont deux choses tout à fait distinctes, pouvant exister simultanément, mais pouvant de même se montrer l'une sans l'autre, et tout à fait indépendantes l'une de l'autre.

L'angoisse peut être définie « une sensation de mort imminente, avec la crainte qu'elle inspire ». Elsner l'appelle une pause de la vie.

M. Huchard, pour se faire comprendre des malades lorsqu'il les interroge, s'exprime de la manière suivante :

« On vous marche fortement sur le pied, de façon à l'é-

craser, vous ressentez une vive souffrance ; mais il ne vous viendra pas à l'idée que vous pouvez en mourir. La douleur que vous ressentez dans la poitrine peut être beaucoup moins vive, et cependant ne vous donne-t-elle pas l'idée et la crainte de la mort ? Quand je dis crainte de la mort, je ne prétends pas que vous ayez peur de mourir. Il n'est pas question ici de courage, il s'agit de savoir si l'accès s'accompagne toujours ou presque toujours de cette angoisse caractéristique qui nous fait inconsciemment penser : Si cette douleur persiste encore, j'en mourrai ».

Cet interrogatoire définit l'angoisse mieux que ne sauraient le faire tous les termes scientifiques.

L'angoisse et la douleur sont donc deux phénomènes absolument distincts, et peuvent exister l'un sans l'autre. On peut avoir beaucoup de douleur avec peu ou pas d'angoisse, comme beaucoup d'angoisse avec peu ou pas de douleur. Ces deux termes ne sont donc pas synonymes, et l'intensité de l'un de ces symptômes n'est pas proportionnelle avec l'intensité de l'autre.

*
* *

Nous n'essaierons pas d'expliquer la *pathogénie* de la douleur dans les affections cardiaques quand elle existe ; les opinions sont encore très controversées à cet égard. Le cœur est-il sensible ? Le péricarde lui-même est-il sensible ?

« Le cœur, dit Longet, peut être le siège de douleurs vives, comme cela s'observe pour d'autres viscères de la vie organique insensibles à l'état normal ».

D'autres physiologistes, se fondant sur ce fait que le

cœur a pu être pincé et tenaillé sans provoquer de douleur, en ont conclu que dans l'état pathologique, il ne peut être douloureux.

Malgré les recherches récentes de Hiss et de Romberg, il faut bien avouer que nous sommes dans une ignorance presque complète en ce qui regarde la pathologie de la douleur du cœur.

Il en est de même du péricarde, bien que les recherches de Bochefontaine et Bourceret aient jeté un peu de lumière sur ce point.

Ils ont démontré en effet, contrairement à l'opinion de Bouillaud, que le péricarde à l'état normal et surtout à l'état pathologique possède une sensibilité propre, principalement sur la face externe (1).

Ce qui prouve bien que la question est encore obscure, que les précordialgies n'ont pas encore été complètement étudiées, c'est que dans un ouvrage assez important Spehl ne leur consacre que ces lignes (2) :

a) « Région précordiale ; palpitations, oppressions etc. Examiner le cœur.

b) Douleur rétro-sternale ; examiner le cœur et les vaisseaux. Parfois douleur provoquée par la toux.

c) Lorsque la douleur dans ces deux régions est très vive et subite, avec angoisse extrême, angine de poitrine.

d) Point douloureux fixe dans le voisinage d'un des deux mamelons, accompagné de fièvre et de toux pénible ; pleurésie ou pneumonie.

(1) *Académie des sciences*, 17 décembre 1877.

(2) Spehl, *Exploration clinique et diagnostic médical*, Bruxelles, 1892.

e) Douleur dans le côté sans fièvre ni toux : pleurodynie.

f) Douleur le long des côtés : névralgie intercostale.

g) Douleur dans les épaules (fosse sus-épineuse, triangle sus-claviculaire, région sous-claviculaire) ; ou douleur interscapulaire. Examiner s'il n'y a point de lésion du sommet.

h) Douleur vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche coïncidant avec douleur épigastrique : affection de l'estomac, ulcère. »

C'est ainsi qu'il résume toutes les précordialgies. Sa classification est exacte, mais insuffisante.

* * *

Nous avons dit que les douleurs pouvaient être spontanées ou provoquées. C'est ainsi que nous nous proposons de différencier les douleurs de la région du cœur.

Mais il est bien entendu que notre classification nécessitée par le besoin d'un plan dans notre travail, n'a rien d'absolu, comme du reste toutes les classifications. En effet il est souvent impossible de ranger dans une même classe tous les types cliniques d'une même affection. Rien n'est plus variable que la douleur, suivant les tempéraments et suivant les lésions qui la provoquent. Il est bien certain qu'en clinique il n'est pas possible d'établir une division nette, qu'il y a un grand nombre de faits que nous pourrons appeler faits de transition qui peuvent se rattacher aussi bien à un type qu'à un autre, et que, comme le disait un de nos maîtres, M. Brocq, au sujet des dermatoses, il est impossible de ranger toutes les observations dans des cadres théoriquement constitués. « On doit

mouler les conceptions pathogéniques sur les faits, et non les faits sur les conceptions pathogéniques. »

La classification que nous proposons nous a semblé la plus commode, parce qu'elle nous paraît pouvoir enfermer la généralité des faits. Les cas hybrides sont heureusement les plus rares : ils sont aussi les plus difficiles à diagnostiquer.

Cette restriction faite, nous avons cru pouvoir diviser les douleurs de la région du cœur en trois classes.

1° *Douleur d'effort.* — Cette douleur toujours provoquée par un effort ou un mouvement brusque, comparable a la « dyspnée d'effort » a pour caractère de ne pas être produite ou augmentée par la pression. C'est la douleur de l'angine de poitrine vraie ou coronarienne.

2° *Douleurs provoquées et augmentant par la pression.* — C'est la douleur des névralgies phrénique ou diaphragmatique, et intercostale, de la pleurodynie, de la cardiodynie, de toutes les affections nerveuses en un mot, qui peuvent simuler une affection du cœur, et de la péricardite.

3° *Douleurs spontanées*, insensibles à la pression et pouvant survenir sans cause occasionnelle, sans être produites par un effort. Ce sont les douleurs des pseudo-angines de poitrine (cardiacalgies de G. Sée), et enfin des algies centrales des neurasthéniques.

CHAPITRE II

Douleurs d'effort.

ANGINE DE POITRINE.

Dans son mémoire de 1883, et plus tard, dans son traité des maladies du cœur et des vaisseaux, M. Huchard a confirmé par de nombreuses observations une opinion déjà défendue autrefois par Parry et Hunter à la fin du siècle dernier, puis par Potain, et G. Sée, à savoir que l'angine de poitrine est due à une altération de l'aorte et surtout des artères coronaires, ainsi qu'à toutes les lésions capables de déterminer l'ischémie cardiaque.

L'angine de poitrine n'est donc pas une maladie : c'est un syndrôme que l'on peut trouver au cours de nombre de maladies du cœur : myocardites aiguës et chroniques, aortites aiguës et chroniques etc.

L'artério-sclérose, maladie générale due à l'endocardite oblitérante des petits vaisseaux, joue le rôle le plus important dans la production des accès angineux, accès que nous pouvons décrire de la façon suivante, en reproduisant le tableau clinique qu'en a donné M. Huchard.

« Un malade bien portant, il y a quelques secondes, éprouve tout à coup, sous l'influence d'une émotion, d'une marche un peu précipitée, d'un simple effort, et quelquefois du travail de la digestion, une douleur violente qu'il accuse

dans la région du cœur, le plus souvent sous le sternum, et qu'il compare à un étau, à des griffes de fer, à une constriction énorme de la poitrine. Il s'arrête sous le poids de cette horrible souffrance qu'accompagne une sensation d'angoisse indicible, un sentiment de péril imminent et de fin prochaine. La face, qui exprime l'anxiété la plus grande, devient pâle, les extrémités se refroidissent, et le malade immobile et atteré par cette agonie de souffrances, attend avec effroi que prennent fin cette pause mystérieuse, cette défaillance momentanée de la vie. En quelques secondes, en quelques minutes, l'orage passe, la douleur angoissante a disparu ; mais l'accès terminé laisse, pour longtemps encore, dans le souvenir une terrifiante impression ».

Le caractère angoissant de la douleur est pathognomonique de l'angine de poitrine.

« Le *siège* de la douleur, dit encore M. Huchard, est rapporté le plus souvent en arrière du sternum, à gauche, à l'union du tiers supérieur de cet os avec le tiers moyen ; elle se montre aussi souvent à son bord droit, mais elle est surtout sous-sternale, d'où le nom de *sternalgie* donné par Baumes à ce syndrome. Parfois elle commence à la partie inférieure ou moyenne du sternum (J. Blackall) ; elle peut être rapportée aussi au creux de l'estomac, comme Butter l'avait déjà remarqué, et comme j'en ai vu des exemples assez nombreux. Plus rarement elle commence vers la pointe du cœur, au niveau de la quatrième ou cinquième côte ; enfin, au lieu d'avoir un début central, elle peut avoir un début périphérique, commencer par le bras, les épaules et la face.

Les malades, pour exprimer les *caractères* de cette dou-

leur, emploient plusieurs expressions qui se ressemblent presque toutes. Le plus souvent ils la comparent à un étau, à une étreinte, à un poids énorme, à une forte compression tendant à rapprocher violemment la paroi thoracique de la colonne vertébrale, à des mains et à des griffes de fer, à une sensation de constriction thoracique, de ceinture, d'un cercle de fer ou de cordes, de plastron de plomb, de pieu traversant la poitrine, d'enfoncement, d'écrasement du sternum, de broiement, de déchirure, de crampe violente, de resserrement des parois thoraciques, d'un fer ou d'un poignard traversant la poitrine de part en part. Cette douleur est *angoissante*, *pongitive*, et surtout *constrictive*. Ce sont là ses caractères les plus imposants qui la distinguent le plus souvent des autres douleurs thoraciques. D'autres, moins nombreux, éprouvent une sensation de chaleur ou de feu, et l'un des malades de Jurine (1) se plaignait d'un bouillonnement qui, du creux de l'estomac, semblait remonter vers la poitrine.

Mais un caractère extrêmement important de l'angine vraie, consiste dans sa *provocation* par l'effort, le mouvement avec marche précipitée et contre le vent. Lorsque les accès surviennent spontanément, ils sont le plus souvent nocturnes, et sont alors remarquables par leur intensité plus grande, et leur plus longue durée. Mais le fait de leur provocation par l'effort est le plus souvent un indice suffisant qui permet de distinguer une angine vraie d'une pseudo-angine.

Les irradiations douloureuses sont, par ordre de fréquence :

(1) Jurine, *Mémoire sur l'angine de poitrine*, Paris et Genève, 1815.

1 Les membres supérieurs, et surtout le bras gauche, comme nous venons de le démontrer ;

2° Vers le plexus cervical et les parties avoisinantes, douleurs au cou sur le trajet du plexus cervical, à la face, à la langue, (Trousseau), au menton, à l'oreille, (Butter, Wichmann, Gauthier), à l'articulation temporo-maxillaire où elles déterminent une sorte de trismus, à la nuque ;

3° Vers les branches extra-cardiaques du pneumogastrique, à la gorge, au larynx, à l'œsophage, à l'estomac et au foie, etc., causant alors de l'aphonie, une sensation de constriction et de fausse boule hystérique, une sensation de chaleur à la région épigastrique, des nausées, des éructations, des vomissements, une distension gazeuse considérable, des douleurs à l'hypocondre droit, pouvant simuler des coliques hépatiques ;

4° Vers les nerfs intercostaux et diaphragmatiques : douleurs au cou entre les scalènes et sur le trajet des nerfs phréniques, à la base du thorax, d'où la sensation de constriction ; aux apophyses épineuses des vertèbres, aux espaces intercostaux, aux mamelons, d'où la douleur constrictive en travers de la poitrine signalée par Fothergill, et l'hyperesthésie des régions mammaires constatée par Laennec.

5° Vers la région hypogastrique (Blakall), vers le testicule avec gonflement inflammatoire de cet organe (Hoffmann, Laennec, Gintrac), ou névralgie ilio-scrotale (Axenfeld), aux cuisses et aux membres inférieurs (Friedreich) ».

Les accès peuvent dans certains cas se succéder sans interruption, et constituer ce que M. Huchard a désigné sous

le nom « d'état de mal angineux » (accès répétés, imbriqués et subintrants).

Les malades, sous l'influence de cette douleur intense, prennent ordinairement une attitude particulière. Comme la douleur les surprend le plus souvent pendant la marche, ils s'arrêtent en portant la main à la région précordiale et en rejetant la tête en arrière. Ils peuvent prendre alors les positions les plus variées pour attendre la fin de l'accès dans l'attitude qui leur est le plus commode,

En résumé l'angine de poitrine est caractérisée par ces trois grands symptômes subjectifs, l'*angoisse*, la *douleur*, et la *pâleur de la face*.

Les accès sont toujours provoqués par un effort (par la marche, l'action de se baisser, de monter un escalier, etc.). Il faut faire toutefois une exception pour les accès nocturnes, qui sont remarquables par leur *spontanéité*, leur *intensité* et leur *durée* (Heberden, Huchard). Ce phénomène peut se rapporter à la position couchée qu'occupent alors les malades.

A côté de ces accès typiques d'angine de poitrine caractérisés, comme nous l'avons dit, surtout par le mélange de douleur et d'angoisse, nous devons mentionner les accès frustes d'*angor pectoris* dont Jurine, Peter, et surtout M. Huchard ont rapporté de si remarquables exemples.

Il peut arriver en effet que l'on ne constate pas pendant la vie du malade les signes habituels de l'angine de poitrine avec douleur franchement sous-sternale, avec irradiations aux membres supérieurs et angoisse caractéristique. M. Huchard fait remarquer (1) que « l'histoire clinique de

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1887.

l'angine de poitrine a été trop dramatisée et qu'elle ne se manifeste pas toujours avec son cortège symptomatique au complet. L'angoisse peut faire défaut, ce qui est le cas le plus rare, ou encore l'angoisse existe seule sans douleur ; souvent l'accès se borne à une sensation de resserrement ou de poids au niveau du sternum sans irradiation aux membres supérieurs ou ailleurs ; parfois même la douleur commence et reste périphérique, et c'est ainsi que l'on peut citer des cas où les accès angineux sont constitués par une sensation de resserrement au coude ou au poignet coïncidant avec un sentiment d'angoisse sans douleur au niveau de la région sous-sternale ; d'autres fois, c'est le siège de la douleur qui est différent, il existe soit à gauche du sternum, soit derrière cet os, soit encore, mais plus rarement, à la partie moyenne du cœur ; d'autres fois encore la sternalgie angineuse, au lieu d'être supérieure, est à la partie inférieure du sternum au niveau de l'appendice xiphoïde, où elle peut en imposer pour l'existence d'une gastralgie ou d'une affection de l'estomac, surtout lorsque ces accès de sténocardie fruste ou larvée présentent leurs paroxysmes après les repas, comme cela se voit chez presque tous les angineux. Il est certain que de fréquentes erreurs de diagnostic ont été ainsi faites, qu'on a conclu trop facilement à l'absence d'attaques franchement angineuses, chez des malades qui avaient de ces accès pseudo-gastralgiques pendant la vie, et qui ont présenté à l'autopsie des lésions plus ou moins avancées des coronaires : il est certain encore qu'on a très souvent attribué à l'existence d'une vraie gastralgie ces accès d'*angor pectoris à siège épigastrique*, comme on attribuait autrefois toujours à la gastral-

gie, soit les crises gastriques du tabes dorsal, soit les douleurs pseudo-gastralgiques de la lithiase biliaire ».

C'est ainsi qu'il y a plus de quinze ans, deux auteurs anglais, Leared et Broadbent, avaient cité un certain nombre d'observations de morts subites survenues chez des aortiques ayant souffert pendant la vie de douleurs gastriques. Pour M. Huchard, ces malades ont succombé à une angine de poitrine « à siège épigastrique », et la mort subite n'était attribuable qu'à l'ischémie cardiaque par sclérose des coronaires comme pour le cas précédent.

Enfin l'angor, dans ses formes anormales, peut revêtir le type *pulmonaire*, et s'accompagner de dyspnée et de congestion du poumon. M. Huchard, qui en rapporte un cas intéressant (1), a aussi étudié cette forme dans laquelle la douleur irradiée peut faire défaut, où la douleur rétrosternale est absente, et où les malades n'éprouvent que la sensation d'angoisse, d'état syncopal et de suffocation.

M. Peter reconnaît qu'il existe un type dyspnéique de l'angor. Laennec avait admis qu'il peut y avoir douleur dans les poumons et le cœur, à la fois névralgie cardiaque et pulmonaire.

Cahen, qui regard l'angor pectoris comme une névrose vaso-motrice des organes de la poitrine cite une observation d'angine avec dyspnée suivie d'une hémoptysie qui dura 20 jours. Les observations sont nombreuses aussi dans lesquelles les accès d'angine de poitrine s'accompagnent de symptômes gastriques violents (accès de gastralgie intense, dilatation de l'estomac, vomissements, vo-

(1) Huchard, *Angine de poitrine cardiaque et pulmonaire*, 1879, p. 12.

mituritions, tympanite, douleurs vives dans la région du foie ressemblant à des coliques hépatiques, etc.).

La mort même peut survenir, dans l'angine de poitrine la mieux caractérisée, au milieu d'un accès constitué uniquement par une syncope (syncope angineuse de Parry).

Pour résumer cette longue description, nous n'avons qu'à énoncer les trois lois cliniques que M. Huchard a assignées au syndrôme angineux, et qui, nous disait-il dans sa leçon sur les *précordialgies*, « ne l'ont, pour ainsi parler, jamais trompé dans près de six cents cas soumis à son observation ».

1° Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, est une angine vraie.

2° Toute angine de poitrine se produisant spontanément, est une pseudo-angine de poitrine.

3° Lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées pendant la nuit, la première loi n'est pas en défaut ; il s'agit toujours d'un angineux vrai.

CHAPITRE III

Douleurs spontanées.

PRÉCORDIALGIES PSEUDO-ANGINEUSES. — ALGIES CENTRALES.

Immédiatement après l'angine de poitrine, nous devons étudier les précordialgies pseudo-angineuses, d'origine et de causes diverses, précordialgies parfois difficiles à diagnostiquer, et qui, si souvent, font naître dans l'esprit du malade l'idée de l'angine, idée préconçue et mal fondée, contre laquelle on ne peut lutter, et qui s'implante si bien chez les patients (des neurasthéniques pour la plupart), qu'elle peut dégénérer en anginophobie et les amener au suicide, comme on en a rapporté des cas.

M. Huchard et divers auteurs ont décrit sous le nom de pseudo-angines de poitrine les diverses précordialgies à forme angineuse qui peuvent se confondre avec l'attaque d'angor. M. G. Sée était si bien persuadé de la grande différence qui existe entre ces deux syndromes, l'un d'origine artérielle et l'autre purement nerveux qu'il avait voulu désigner le second sous un nom qui ne puisse prêter à la confusion, et il a décrit les précordialgies pseudo-angineuses en les appelant « *Cardiacalgies* », terme qui a le tort de pouvoir se confondre avec la cardialgie ou gastralgie

douloureuse aiguë. Bouchut avait désigné sous ce nom de cardialgie, la névralgie du cœur (1).

Nous pouvons, avec ces maîtres, reconnaître trois classes principales de précordialgies à forme angineuse :

1° Pseudo-angines toxiques,

2° Pseudo-angines d'origine réflexe.

3° Pseudo-angines nerveuses.

Ces trois classes peuvent elles-mêmes se subdiviser en plusieurs groupes suivant les agents ou les diathèses qui en sont la cause.

Mais toutes ces précordialgies à forme angineuse ont un caractère commun : elles se distinguent des accès d'angine de poitrine par leur spontanéité. Chez les nerveux elles peuvent être provoquées par la pression. Ces deux signes ne se rencontrent jamais dans l'angor pectoris.

Ceci établi, nous allons essayer de résumer les caractères distinctifs de ces diverses affections, sans insister sur leur pathogénie, afin de ne pas répéter ce qu'en ont dit avant nous les maîtres qui les ont étudiées, et en particulier M. Huchard, en nous plaçant seulement au point de vue séméiologique, pour nous conformer au but de notre travail.

I. — Précordialgies pseudo-angineuses d'origine toxique.

A. **Pseudo-angine tabagique.** — Il faut reconnaître avec M. Huchard trois sortes d'angines de poitrine tabagiques.

a) L'angine de poitrine organique, ou scléro-tabagique

(1) Bouchut, *Congrès pour l'avancement des sciences*, Rouen, 1883.

(Huchard), qui produit la sclérose des coronaires (car il est démontré que le tabagisme peut se ranger parmi les causes les plus fréquentes de l'artério-sclérose), et sur laquelle nous n'insistons pas puisqu'elle rentre dans le cas des angines de poitrine vraies, d'origine coronarienne.

b) L'angine de poitrine fonctionnelle ou spasmo-tabagique, relativement bénigne, résultant de l'état spasmodique des artères coronaires sans altération du myocarde, et guérissant par la cessation de l'usage du tabac.

c) L'angine de poitrine fonctionnelle à forme gastro-tabagique, la plus bénigne de toutes, résultant de l'irritation stomacale produite par le tabac.

Généralement les douleurs à forme angineuse tiennent le second plan dans ces deux derniers groupes. Le principal symptôme réside dans les accidents d'intoxication tabagique.

Sauf les cas où le tabac a déterminé la sclérose artificielle, et ceux où il a déterminé un état gastrique qui demande des soins particuliers, les accès disparaissent quand le malade cesse de fumer.

B. **Accidents pseudo-angineux toxiques de diverses origines.** — Les accidents causés par le tabac peuvent se produire, et avec des différences semblables, sous l'influence d'un certain nombre d'autres agents toxiques, parmi lesquels :

Le thé et le café (Percival, Stokes, Guelliot, Eloy, Huchard).

L'ergot de seigle (Nesley, Mills).

L'oxyde de carbone (Renault).

Enfin dans certains cas on peut accuser l'impaludisme aigu.

II. — Précordialgies pseudo-angineuses d'origine réflexe.

Elles sont de deux sortes, suivant leur origine périphérique ou viscérale.

a) Les pseudo-angines dues à une action réflexe d'origine périphérique peuvent reconnaître pour cause une névralgie intercostale ou phrénique, ou toute névralgie de la paroi thoracique ou dorsale.

Ces accidents ont été étudiés aussi sous le nom de cardiodynie.

Les névrômes, les névralgies et les traumatismes du bras gauche peuvent, ainsi que M. le professeur Potain l'a démontré (1) être le point de départ d'accidents de même nature, ainsi qu'il en rapporte de remarquables exemples.

Comme dit notre maître, M. Huchard, deux cas peuvent se présenter :

1° Une angine de poitrine vraie par sclérose coronaire est accompagnée d'une névralgie dorso-intercostale sans que celle-ci joue le moindre rôle dans la production des accès sténocardiques.

2° Une névralgie périphérique (le plus souvent dorsale, ou dorso-intercostale), s'accompagne d'accès pseudo-angineux, de nature névralgique, sous la dépendance de l'état douloureux.

(1) Potain, *Congrès de la Rochelle*, 1882.

b) Les pseudo-angines peuvent encore, ainsi qu'un certain nombre d'auteurs, entre autres M. Potain, l'ont démontré, résulter d'une névralgie des nerfs viscéraux. Ces accidents sont dus à un état sympathique des organes, le plus souvent de l'estomac (ce qui fait dire à Stokes et à Gueneau de Mussy que la cardialgie peut être confondue avec l'angor), et quelquefois du foie.

Les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux maladies des voies digestives (les plus fréquents de tous), peuvent affecter trois formes :

1° Forme cardiaque : palpitations, arythmie, gêne et anxiété précordiales.

2° Forme pulmonaire avec dyspnée, dilatation du cœur droit, accentuation du deuxième bruit pulmonaire, léger souffle tricuspidien, et bruit de galop droit.

3° Forme cardio-pulmonaire, le plus souvent fruste, avec faible anhélation, palpitations et légère anxiété précordiale.

La pathogénie de ces accidents d'origine gastro-intestinale a été élucidée par M. Potain. L'excitation qui peut partir du foie, de l'intestin, et surtout de l'estomac détermine une contraction exagérée, et une tension élevée dans les vaisseaux pulmonaires, d'où dilatation du cœur droit.

Si on compare à l'angor cette précordialgie angineuse d'origine gastro-intestinale, on verra qu'elle en diffère par les signes suivants :

1° Les accès qui surviennent ordinairement pendant la digestion sont moins longs et moins douloureux que ceux de l'angor ;

2° La douleur est une douleur de distension, précordiale, et non sous-sternale, rarement irradiée ;

3° Elle s'observe à tout âge, et surtout chez la femme (l'usage du corset peut en être la cause) ;

4° Les accès ne sont jamais provoqués par les efforts

III. — Précordialgies pseudo-angineuses d'origine névrosique.

M. G. Sée reproche aux auteurs qui ont étudié les pseudo-angines d'avoir confondu sous ce nom tout ce qui ne peut se rattacher à la sclérose coronaire. D'après lui, la confusion ne semble pas possible entre les cardialgies des névropathes et les accès d'angor. Ceci est peut-être trop affirmatif, et le diagnostic est plus difficile à faire dans le plus grand nombre des cas, surtout quand on observe des accès pseudo-angineux chez des angineux vrais, ainsi que nous en rapporterons des exemples.

Ces douleurs localisées à la région du cœur dans un grand nombre de cas chez les névropathes, offrent des caractères essentiels, permettant de les différencier des autres précordialgies, et en particulier de l'angor.

Il n'existe pas de pseudo-angines, dit M. G. Sée, mais il existe des cardiacalgies sans lésions du cœur ; d'après lui, les précordialgies à forme angineuse ne présentent jamais les phénomènes caractéristiques de l'angine, l'angoisse mortelle, la fixité de la respiration sous peine de douleurs vives, le calme habituel du cœur. Nous sommes absolument du même avis, quant au fond, mais nous croyons qu'il existe des cas où la douleur des précordialgies névropathiques revêt la forme angineuse à s'y méprendre, si l'on ne se souvient pas des trois lois cliniques formulées

par M. Huchard au sujet de l'angor, et, même dans ce cas, demandant un examen et un interrogatoire sévères du malade, pour permettre d'établir le diagnostic.

Indépendamment de la prédominance de l'angor dans le sexe masculin, et de la plus grande fréquence de la névropathie chez la femme, on peut dire que les accès névropathiques sont toujours spontanés, qu'ils sont souvent périodiques, nocturnes, sujets à répétition, et qu'ils surviennent souvent aux mêmes heures ; qu'ils sont toujours associés à d'autres symptômes hystériques.

Ils peuvent revêtir la forme vaso-motrice (par spasme artériel), ou la forme franchement névralgique. Dans ce dernier cas, la localisation de la douleur au nerf phrénique est celle qui peut tromper le plus facilement.

Les mêmes accidents à forme angineuse peuvent être rencontrés dans les grandes névroses, en particulier dans le goître exophtalmique, qui n'est pas seulement une névrose cardiaque, mais une névrose généralisée. Parry, le premier, a signalé la coïncidence de l'angine de poitrine et du goître exophtalmique. Après lui, de nombreux auteurs en ont parlé. Mais dans beaucoup de cas, il ne s'agit que des précordialgies à forme pseudo-angineuse qui nous occupent. Dans quelques cas on a constaté la coexistence de l'angor, mais les deux affections paraissent avoir été absolument indépendantes l'une de l'autre.

Quant à la neurasthénie, cette maladie protéiforme et inconstante par excellence, on ne pourra s'étonner de la fréquence des accidents pseudo-angineux que l'on y pourra rencontrer. La nature en sera facilement désignée par la constatation de l'état névropathique du sujet, et ils n'of-

frent rien de particulier en dehors des caractères des pseudo-angines névrosiques.

Au reste, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les tableaux diagnostiques que M. Huchard a donnés dans son *Traité des maladies du cœur* et des vaisseaux ; nous n'avons rien à y ajouter.

Angine de poitrine.

(*Par sclérose des coronaires.*)

Cause anatomique. — Aortite, sclérose et sténose des coronaires, affection artérielle.

Symptomes. — Accès de courte durée, toujours provoquée, ne pouvant être spontanés que la nuit. Pas de points douloureux à la pression sauf s'il y a complication de névralgie phrénique ou cardiaque. Douleur sous-sternale, angoissante. Pas d'accidents asystoliques pendant les accès, signes d'artério-sclérose.

Pronostic. — Très grave, mort fréquente.

Traitement. — Médication artérielle.

Pseudo-angine spasmo-tabagique.

(*Par spasme des coronaires.*)

Cause anatomique. — Etat spasmodique des coronaires.

Symptomes. — Accès d'angor associés à des accidents divers d'intoxication tabagique : vertiges, troubles gastriques et respiratoires, etc. —

Accès angineux s'accompagnant souvent de troubles dans le fonctionnement du cœur : ralentissement des battements, intermittences, arythmies, palpitations, lipothymies, etc. Accès souvent plus longs.

Accès spontanés le plus souvent, rarement provoqués.

Pronostic. — Rapide disparition des accès par la suppression de la cause (tabac). Mort très rare.

Pseudo-angine névralgique.

(*Par névralgie, hyperémie ou inflammation des nerfs cardiaques.*)

Causes anatomiques. — Aortite avec névrite du plexus cardiaque ; hyperémie et névralgie du plexus cardiaque. Affection névralgique ou nerveuse, névritique.

Symptomes. — Douleurs moins franchement paroxystiques, souvent périodiques, survenant à la même heure (pseudo-angine névralgique des hystériques, des neurasthéniques, etc) ; non provoquées par la marche ou l'effort, mais souvent provoquées par l'action du froid. Douleurs souvent permanentes.

Douleurs de longue durée, ne cessant pas par l'arrêt de la marche ou la cessation d'un effort.

Existence de points douloureux à la pression, surtout sur le trajet des phréniques (névrite du plexus cardiaque et du nerf diaphagmatique).

Angoisse moins accentuée, toujours associée à la douleur.

Souvent accidents asystoliques dans le cours des accès (dans l'hyperémie rhumatismale du plexus cardiaque).

Pronostic. — Pseudo-angine, jamais mortelle, excepté dans les cas assez fréquents où la névrite cardiaque est associée à la sclérose coronaire.

Traitement. — Médication anti-nerveuse, antinévralgique, antinévritique ; bons effets de la médication révulsive.

Pseudo-angine névralgique réflexe.

(*Affection nerveuse*).

Symptomes. — Accès spontanés parfois, mais souvent provoqués par les mouvements du bras gauche, par la pression sur les nerfs douloureux.

Douleurs provoquées à la pression des nerfs douloureux.

Pronostic bénin ; — Ne se termine jamais par la mort.

Traitement. — Révulsifs, calmants, antinévralgiques, etc. En résumé, médication nerveuse ou antinévralgique.

Pseudo-angine réflexe.

(*d'origine gastro-intestinale*).

Cause anatomique. — Distension des cavités du cœur, consécutive aux troubles gastriques.

Symptomes. — S'observe à tout âge, peut-être plus souvent chez la femme.

Longue durée des accès non provoqués par la marche ou l'effort, survenant après le repas, ou sous l'influence du travail digestif.

Douleur précordiale et non sous-sternale, avec sensation de plénitude de la poitrine, de distension du cœur, avec moins d'irradiations aux membres supérieurs. Douleur vague et confuse de la région cardiaque, s'accompagnant souvent d'anhélation, d'oppression et de dyspnée, avec état lipothymique.

Signes de dilatation du cœur droit accompagnée parfois d'insuffisance tricuspidienne, d'augmentation dans la tension du système pulmonaire. Attaques fréquentes de cardiectasie et d'asystolie. Retentissement diastolique de l'artère pulmonaire, siégeant à gauche du sternum. Parfois bruit de galop droit.

Augmentation de la matité précordiale, surtout dans le sens transversal.

Dans la pseudo-angine de poitrine d'origine gastrique avec douleurs gastralgiques, accès non provoqués par les efforts.

Jamais les accès ne sont provoqués par les efforts.

Pronostic. — Mort très rare.

Traitement. — Médication antidyspeptique, etc.

*
* *

Algies centrales. — Il est un point de clinique sur lequel

nous voulons insister. Nous avons eu l'occasion d'observer quelques malades qui ressentaient dans la région précordiale de vraies douleurs en dehors de toute manifestation cardiaque, et même en dehors de tout état névralgique. Ces malades étaient toujours des neurasthéniques, il est vrai, mais on ne rencontrait point chez eux les points douloureux des névralgies intercostales ou phréniques, ou même du mammaire externe, que l'on trouve d'ordinaire, et qui permettent d'expliquer les précordialgies pseudo-angineuses qu'ils éprouvent.

Ces neurasthéniques forment une classe à part, encore mal connue ; ils ressentent des douleurs vives, localisées dans les endroits les plus divers, et parfois à la région précordiale.

Ces douleurs ont pour caractères :

1° De n'être pas dues à une lésion artérielle ;

2° De ne pas exister sur le trajet d'un nerf ;

3° De ne pas être sensibles à la pression ;

M. Blocq les a étudiées sous le nom de « topoalgies », et M. Huchard sous le nom d' « algies centrales » (1). De telles douleurs ont un siège central et non périphérique ; elles sont comparables en tous points à celles que les amputés localisent dans le membre qu'on leur a enlevé, ou encore aux douleurs fulgurantes du tabes dont l'origine centrale est reconnue.

Les algies centrales des neurasthéniques peuvent s'installer lentement, dans quelques cas : le plus souvent elles succèdent à de fortes émotions ou à des traumatismes.

(1) Huchard, Les neurasthénies locales, *Arch. de médecine* et *Soc. méd. des hôp.*, 1892 ; P. Blocq, La topoalgie, *Gaz. hebd. de méd.*, 1891.

Elles ne s'accompagnent ordinairement d'aucun des signes de l'hystérie, et elles peuvent revenir à des périodes fixes, plus ou moins rapprochées. Elles peuvent encore persister pendant longtemps, elles résistent à tous les moyens de traitement, et elles se localisent aussi bien dans les viscères qu'à la périphérie.

C'est dans cet ordre de faits que doivent se ranger au point de vue pathogénique et thérapeutique, un certain nombre de ces grandes névralgies pelviennes qui étaient à l'ordre du jour à la société de chirurgie à la fin de l'année 1892. Ces douleurs localisées par les malades dans la région péri-ovarienne, ne guérissent pas plus après l'hystérectomie qu'après l'ovariotomie. C'est que ce sont des douleurs d'origine centrale, ainsi que M. Potain et plusieurs chirurgiens en ont rapporté des exemples, et que la thérapeutique médicale ou chirurgicale se trouve absolument désarmée en pareil cas.

*
* *

Ces algies peuvent se localiser à la région précordiale. Elles peuvent alors simuler l'angine (malgré l'absence des signes cardio-artériels), et surtout les pseudo-angines nerveuses (malgré l'absence de symptômes hystériques).

M. Huchard attire l'attention sur ce fait que les malades, dans ce cas, « n'éprouvent rien à demi et parlent toujours au superlatif », que l'on remarque chez eux le manque d'énergie et la diminution de la volonté, et de même que l'hypocondrie est la maladie des idées fixes, la neurasthénie est la maladie des sensations fixes.

P. Blocq a caractérisé de la façon suivante la « Topoal-

gie » : « Les malades souffrent exclusivement ou principalement d'une douleur localisée dans une région variable mais non en rapport avec un territoire anatomiquement ou physiologiquement délimité. L'affection est lente et peut guérir ; le diagnostic doit être fait avec les algies des hystériques et des hypocondriaques.

Ce diagnostic sera aisément fait en l'absence des signes de ces deux affections. Dans le cas où il subsisterait des doutes au sujet de l'angor, nous devons rappeler que « *naturam mòrborum ostendunt curationes* ». Or nous avons dit que les algies centrales sont rebelles à tout traitement ; ce qui n'est pas le cas de l'angor, au moins au point de vue de la sédation des douleurs. Les moyens qui ont donné à P. Blocq les meilleurs résultats sont : le rétablissement de l'équilibre psychique, et la mobilisation de l'image sensitive fixe. Mais ils ne rentrent pas dans les procédés thérapeutiques ordinaires.

Il peut arriver aussi que l'on observe des cas où la douleur de l'angor alterne avec les accès de précordialgie à forme angineuse des hystériques, ou avec les algies centrales des neurasthéniques, comme M. Huchard en a rapporté des exemples dans la thèse de son élève Leclerc (1), et comme nous avons pu nous-même en recueillir une observation dans son service.

Il s'agit des malades qui, en dehors de leur cardiopathie artérielle offrent des symptômes non douteux d'hystérie ou de neurasthénie, qui ont eu des accès d'angine de poitrine vraie, mais qui, spontanément (nous insistons sur ce fait), présentent des accès de douleur, à forme angineuse

(1) Leclerc, *L'angine de poitrine hystérique*, Thèse, Paris, 1887.

dans la région précordiale, ou ressentent des douleurs d'origine centrale qu'ils localisent à cette même région.

Dans ce cas, ainsi que nous l'a prouvé M. Blocq, il existe un véritable dédoublement de la personnalité, en : *personnalité consciente* qui a éprouvé réellement les accès d'angor, et *personnalité inconsciente* qui se souvient de la douleur éprouvée, et, rapportant à la même cause une algie nouvelle, la localise au même endroit, et croit l'éprouver dans les mêmes conditions. C'est donc surtout un dédoublement de la *sensibilité*.

Albot, qui a étudié la pseudo-angine de poitrine hystérique chez les cardiaques, n'a pas signalé ce fait de la concomitance de l'angor et des accidents pseudo-angineux, bien qu'il rapporte une observation de M. Landouzy qui peut être interprétée de cette façon. Notre maître, M. Huchard, en a rapporté quelques cas. Le diagnostic, dans ces cas, ne peut s'établir que sur la spontanéité des accès d'origine nerveuse.

IV. — Parallèle entre les précordialgies angineuse et pseudo-angineuses.

Nous avons vu dans un précédent chapitre quels sont les caractères que M. Huchard assigne à l'angine de poitrine *vraie*, *coronarienne*. Pour lui, la douleur *d'effort* est un signe presque infaillible de cette angine, et après avoir dit autrefois en 1883, « qu'il n'y a pas une angine de poitrine, mais qu'il y a des angines », il est arrivé à dire maintenant : « Il n'y a qu'une seule angine de poitrine, l'angine coronarienne ; toutes les autres sont fausses ». La première se

termine par la mort ; les autres ne se terminent jamais ou presque jamais par la mort. Depuis que son attention est attirée sur cette question, c'est-à-dire depuis son premier travail de 1879 et celui de 1883, la valeur séméiologique de la *douleur d'effort* pour la sténocardie vraie n'a été en défaut qu'une seule fois, et sa statistique porte sur plus de 500 cas observés d'angines et de pseudo-angines.

La rigueur de ces conclusions est sans doute contestée par beaucoup d'observateurs ; on reproche à notre maître d'être trop exclusif, on lui objecte quelques cas de sténocardies mortelles alors que l'autopsie n'a permis de constater aucune lésion oblitérante des coronaires. Il a fait justice de cette objection dans son *Traité clinique des maladies du cœur*. On lui a objecté encore des cas de mort par névralgie ou névrite cardiaque. Notre maître ne nie pas ces faits ; mais, de ce que l'on puisse mourir d'une névralgie ou d'une névrite cardiaque, est-ce une raison pour confondre l'angine coronarienne et la pseudo-angine névralgique ? De ce que la pneumonie et la pleurésie ont pour symptôme commun un point de côté, a-t-on jamais eu l'idée de confondre nosologiquement ces deux maladies ?

Dernièrement, M. Brissaud (1) citait l'observation d'une malade de 25 ans, hystérique, chez laquelle des crises violentes d'*angor pectoris* alternaient avec des accès de névralgie faciale. Elle mourut au milieu d'un de ses accès angineux. Mais, il n'y a pas eu autopsie, et quand même il y en aurait eu, elle n'aurait en aucune façon résolu le

(1) Communication orale faite à M. Huchard.

problème. Elle aurait démontré que l'on peut mourir de névralgie cardiaque, ce qui n'est pas niable ; mais elle n'aurait aucunement prouvé que l'angine de poitrine est un syndrôme hybride pouvant dépendre, tantôt d'une coronarite oblitérante, tantôt d'une simple douleur du plexus cardiaque, ou encore d'autres causes, puisque l'on compte dans la science près de 50 explications différentes sur le syndrôme angineux.

M. Dieulafoy qui ne partage pas cette opinion exclusive, s'exprime en ces termes :

« Que le malade qui a une coronarite oblitérante soit plus gravement atteint que celui qui ne l'a pas, d'accord ; mais ce n'est pas une raison pour dire que ce dernier a une fausse angine ; il a si peu une fausse angine que ses accès peuvent être terriblement douloureux, angoissants et mortels..... Je pose donc en principe que tout individu atteint d'angine de poitrine peut en mourir » (1).

A cela, M. Huchard répond (2) : « Oui, les accès des pseudo-angines peuvent être plus douloureux, plus angoissants, ils sont même de plus longue durée que ceux de l'angine coronarienne, comme nos observations, celles de Marie et de mon élève Le Clerc (3) l'ont démontré. Mais l'*intensité* de la douleur à laquelle M. Dieulafoy paraît attribuer une importance prépondérante n'a jamais été un signe distinctif permettant de différencier deux maladies. Voyez ce qui arrive chez les angineux vrais : la douleur est

(1) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 7e édition, 1894, t. 1er, p. 615.

(2) Communication orale.

(3) Marie, *Revue de méd.*, 1882. — Le Clerc, *loc. cit.*

parfois peu intense, et les malades meurent souvent subitement de syncope et sans aucune douleur. Or, il n'en est pas de même des cas de morts — extrêmement rares — dans les pseudo-angines névralgiques. Les malades meurent par excès de douleur et nullement par syncope.

« D'un autre côté, poser en principe que « tout individu atteint d'angine de poitrine peut en mourir » c'est faire en médecine, l'exclusivisme que l'on me reproche. Sur cent angines de poitrine, il y en a vingt qui mourront presque infailliblement (angine coronarienne) ; il y en a 80 qui n'en mourront jamais (pseudo-angine névralgique). » L'important, en séméiologie, est de ne pas confondre ces cas si disparates au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic. Et puisque, dans les deux cas, la terminaison est si différente, la place nosologique pour ces deux catégories d'accidents ne doit pas être la même, pas plus que leur place en thérapeutique. Personne n'a jamais songé à appliquer le même traitement à l'angine hystérique qu'à l'angine de poitrine vraie. »

L'angine de poitrine (sans épithète) *procède d'une affection artérielle, d'une sténose ou oblitération coronarienne ; elle se termine presque toujours par la mort.*

Les pseudo-angines sont des affections névralgiques des plexus ou nerfs cardiaques. Elles se terminent presque toujours par la guérison.

Dans le premier cas, la mort est la règle ; dans les seconds, elle est d'une exceptionnelle rareté, on ne saurait jamais trop le répéter.

Il importait donc de tracer les symptômes distinctifs de l'angine vraie (cette claudication douloureuse et intermit-

tente du cœur, comme le dit M. Potain) et des pseudo-angines. C'est ce qui légitime tous les détails dans lesquels nous sommes entré. J'ajoute que j'ai vu dans le service de M. Huchard depuis trois ans un certain nombre d'angineux (quinze environ) et de pseudo-angineux (une quarantaine). Or, jamais le diagnostic n'a été en défaut.

Mais il est de toute importance, pour faire ce diagnostic, de bien connaître les signes distinctifs des angines de poitrine et des pseudo-angines.

On peut observer l'un ou l'autre de ces deux syndrômes au cours de la même affection générale. Nous n'en voulons citer qu'un exemple :

On sait que dans l'ataxie locomotrice, Vulpian, Landouzy, Berbez, Leyden, Grœdel, etc. (1), ont signalé l'angine coronarienne, ce qui s'explique par les lésions artérielles fréquentes dans l'ataxie locomotrice. Mais dans cette même affection, les douleurs fulgurantes, lorsqu'elles se localisent à la région précordiale, peuvent faire croire à des douleurs angineuses qui n'existent pas, comme MM. Fournier et Huchard en ont cité deux exemples remarquables (2).

(1) Vulpian, *Revue de méd.*, 1883. — Landouzy, *Progr. méd.*, 1883. — Berbez, *Progr. méd.*, 1887. — Leyden, *Zeitsch. f. Klinische med.*, 1887. — Grœdel, *Deutsch. med. Woch.*, 1888.

(2) Fournier, *Ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, Paris, 1882, p. 69. — H. Huchard, *Leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux*, 1re édit., 1889, p. 408.

CHAPITRE IV

Douleurs spontanées (suite).

PRÉCORDIALGIES DANS LES RUPTURES DU CŒUR

Les ruptures du cœur qui se divisent en deux catégories : ruptures myocardiques et ruptures valvulaires, constituent une affection très rare puisque M. Barié, dans son remarquable mémoire de 1881 (1) ne trouve que 35 cas de ruptures valvulaires, et M. Robin, dans une très intéressante leçon clinique (2) faite en 1884 sur ce sujet, ne mentionne que 29 observations complètes de ruptures myocardiques.

I. — **Ruptures myocardiques.** — Les ruptures myocardiques, bien étudiées par Corvisart, Barth, Le Piez, Potain et Robin, « constituent un des modes de terminaison de la myocardite dont la dégénérescence calcaire constitue le premier aboutissant » (Robin). Elles surviennent chez des gens âgés, cardio-scléreux.

Au point de vue clinique, M. Huchard en reconnaît trois formes (3) :

1° *Forme foudroyante.* — Mort subite. Le malade ressent une atroce douleur de la région précordiale, les battements

(1) E. Barié, Ruptures valvulaires du cœur. *Rev. de méd.*, 1881 et *Revue gén. de Clin. et de Thérap.*, 1893, p. 396.

(2) A. Robin, *Leçons de clinique et thérapeutique*, Paris, 1887.

(3) Huchard, Extrait du second vol. du *Traité des mal. du cœur* (en préparation), Paris, 1894.

du cœur s'arrêtent, il suffoque, et meurt en quelques secondes dans une syncope.

2° *Forme progressive.* — Le malade ressent une précordialgie douloureuse et angoissante d'une grande intensité. Les battements du cœur vont en diminuant, et la matité précordiale va en augmentant. Le malade succombe au bout de douze ou quinze heures, dans une syncope.

3° *Forme progressive avec rémission.* — Dans ces cas la rupture a été annoncée par des crises d'angine de poitrine intenses. La mort peut ne survenir qu'au bout de plusieurs jours.

La douleur ressemble tout à fait à celle de l'angor ; mais ainsi que le fait observer M. Huchard, les malades sont souvent des angineux. C'est un accès d'angine qui le plus souvent annonce la rupture myocardique ; quelquefois c'est un simple engourdissement du bras ainsi que M. Robin en cite un cas.

La douleur angineuse manque rarement, quoiqu'on en ai dit ; elle ne paraît manquer que parce que les malades n'ont pas eu le temps de l'exprimer. Elle est due à l'ischémie du myocarde produite d'abord par l'état des vaisseaux coronariens, puis par la déperdition sanguine, enfin par la compression du cœur.

Cette douleur est quelquefois constrictive et pongitive, ou même perforante, comme si on perforait le thorax. D'après Friedreich, les malades éprouvent au moment de la rupture une douleur subite, comme si quelque chose se rompait dans la poitrine ; ils trouvent encore cependant le temps de pousser un cri.

Nous n'insistons pas sur les autres symptômes, dyspnée et troubles divers, pour passer au diagnostic de la douleur.

Diagnostic. — 1° Dans les cas de mort rapide ou subite, il est rare que le diagnostic puisse être fait. Il faut songer à l'angine de poitrine, à la rupture d'un anévrisme de la crosse, etc. ; et on sait qu'en somme la rupture du cœur est une affection rare.

Dans l'angine de poitrine symptomatique d'une rupture, il y a des symptômes dyspnéiques et circulatoires qui n'existent pas dans l'angine vraie sans rupture.

2° Lorsqu'il y a rémission (forme progressive) on peut songer à la rupture d'un anévrisme des artères ou des veines coronaires, ce qui est un fait très rare ; le sang dans l'un et l'autre cas s'épanche dans la cavité péricardique et la mort survient par ischémie cardiaque et compression du muscle. Le diagnostic est impossible à faire entre ces deux classes de faits.

Les **Ruptures valvulaires** ont été étudiées par Corvisart, Barié, Potain, etc. La douleur est soudaine ; dans les cas de ruptures spontanées aussi bien que dans les ruptures traumatiques, mais la mort habituellement ne survient que douze ou quinze jours après l'accident.

Cette douleur vive, angoissante, irradie quelquefois, elle est, d'après Barié plus fréquente dans les ruptures spontanées. Elle s'accompagne de dyspnée et de suffocation, les battements cardiaques deviennent violents, rapides et arythmiques, avec un pouls misérable, en même temps qu'apparaît un bruit de souffle d'insuffisance. Ce bruit de souffle peut ne se révéler qu'au bout de quelques

jours. Il n'a pas les caractères ordinaires des souffles d'insuffisance. Il est plus grave et plus profond (Barié) ; il subit diverses variations d'après les vibrations qu'éprouvent les lambeaux de la valvule rompue en flottant dans le courant sanguin.

Les ruptures valvulaires n'atteignent jamais qu'un cœur profondément lésé, comme du reste les ruptures myocardiques.

Le pronostic est presque toujours fatal à brève échéance. On cite cependant quelques faits d'une survie assez longue relativement.

Les signes de la **rupture d'un cordage tendineux ou d'un pilier du cœur** sont à peu près les mêmes. Ces ruptures (Corvisart, Potain, Barié, Le Piez, etc.) ne surviennent jamais que chez les myocardiques ; la douleur précordiale est vive, soudaine, angoissante. La rupture d'un pilier donne lieu à un thrill, à un frémissement vibratoire, dont le malade peut quelquefois avoir conscience. L'asystolie est de règle ; elle peut cependant ne survenir qu'au bout de plusieurs jours et même plusieurs années (4 ans, Barié).

Quant aux **ruptures de l'aorte**, signalées par quelques auteurs et bien étudiées dans un mémoire récent de M. Martin-Dürr (1), elles n'offrent rien de particulier au point de vue de la précordialgie. La douleur n'est pas signalée dans la plupart des cas. Chauvel a observé un cas avec douleur angoissante pré-sternale. Ces ruptures surviennent dans l'athérôme de l'aorte, et quelquefois sans cause appréciable. Le diagnostic précis semble impossible.

(1) Martin-Durr, *Arch. gén. de méd.*, 1891.

CHAPITRE V

Douleurs provoquées.

I. — Précordialgie de la péricardite.

La question de la douleur dans la péricardite a été vivement discutée par les auteurs. D'après les anciens (Rondelet, Diversus, Senac, Corvisart), il fallait, pour diagnostiquer la péricardite, constater l'existence d'une douleur vive, pongitive, dans le thorax, douleur irradiant vers l'épigastre. D'après Hope, elle est très fréquente, constante d'après Hache, et suivant Gendrin la douleur à la pression est presque toujours pathognomonique.

Formulant une opinion diamétralement opposée, Hughes et Eulenberg (de Coblentz) ont déclaré que la douleur n'appartient pas à la péricardite, mais à la pleurésie ou à la pneumonie qui aurait toujours coexisté avec la péricardite dans tous les cas où ils ont rencontré de la douleur.

Friedreich refuse ce symptôme à la péricardite, Râcle est du même avis, et d'après cet auteur, lorsqu'on observe cette affection dans son état de simplicité, on n'y rencontre pas de douleur. Ce n'est que lorsqu'il y a pneumonie ou pleurésie concomitantes, névralgie propagée, en un mot, lorsque l'inflammation s'étend aux parties environnantes

pourvues de nerfs sensitifs, parois thoraciques, médiastin, nerf phrénique, que l'on trouve de la douleur.

Les opinions des autres auteurs sont moins absolues, et peut-être plus justes dans leur éclectisme. Presque tous sont unanimes à reconnaître que la douleur manque souvent dans la symptomatologie de la péricardite aiguë comme souvent aussi ses autres signes physiques et fonctionnels. C'est ce qui faisait dire à Stokes, et nous avons pu souvent vérifier la vérité de son assertion, que la péricardite est une des affections les plus fréquentes, qui passent le plus souvent inaperçues. D'un autre côté on l'a observée un grand nombre de fois en dehors de toute complication.

En ce qui concerne la fréquence des cas où on l'observe, les avis diffèrent encore. D'après Louis on ne la constaterait que dans la moitié des cas, Hache l'aurait trouvée chez tous les sujets, au moins au début. Sans parler des cas étudiés avant Corvisart, à une époque où l'on distinguait mal les affections du poumon de celles du péricarde, il faut se souvenir que ce symptôme est essentiellement variable chez les différents malades, suivant les circonstances. Tel est du moins l'avis de tous ceux qui ont écrit depuis Bouillaud.

Wertheimer, dans sa thèse inaugurale sur ce sujet (1) se range à peu près aux conclusions de ce dernier auteur : il considère la douleur précordiale comme très inconstante dans la péricardite, mais pouvant, quand elle existe, fournir de précieuses indications. D'après lui, les péricardites le plus souvent douloureuses sont les péricardites franches

(1) Wertheimer, *De la douleur dans la péricardite*, Thèse inaug. Paris, 18.

et rhumatismales : les péricardites secondaires sont presque toujours indolentes. D'après Axenfeld et Bonneau, la douleur est presque constante dans les péricardites primitives, et plus rare dans les péricardites secondaires, mais surtout dans celles d'origine rhumatismale en vertu de l'aphorisme hippocratique : « *Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum* » ; ce qui n'est pas toujours exact. Stokes résume les opinions en disant que la douleur fait le plus souvent défaut quand la péricardite est compliquée d'une maladie essentielle ou d'une affection locale. Enfin G. Sée, Dieulafoy et tous les auteurs modernes s'accordent à dire que la douleur peut manquer totalement ou passer inaperçue, et que le plus souvent elle ne consiste que dans une sensation de gêne précordiale, une douleur de distension (Huchard).

Il arrive cependant, comme nous allons le voir, que la douleur revêt la forme angineuse comme dans la fameuse observation de Mirabeau, dans celles d'Andral et de Peter.

*
* *

Si nous examinons maintenant les descriptions qui ont été données de la douleur dans la péricardite, nous pourrons constater qu'elle peut revêtir trois formes différentes principales.

En général, la douleur précordiale de la péricardite aiguë consiste dans une sensation de gêne douloureuse, une sensibilité sourde et profonde qui occupe l'épigastre et la région cardiaque, et que la pression, la percussion et les mouvements font passer à l'état de douleur véritable (Behier et Hardy). Elles s'accompagnent d'un sentiment de

constriction et de pesanteur de toute la région. A cette gêne continue, s'ajoute parfois une sensation plus ou moins pénible qui prédomine le long du nerf phrénique (G. Sée) ; on lui trouve alors deux points maxima entre les attaches inférieures du sterno-mastoïdien et sous le rebord des fausses côtes, (point costo-xyphoïdien de Guéneau de Mussy). La douleur épigastrique est toujours exagérée par la pression verticale de bas en haut sur le diaphragme, (on provoque ainsi une douleur aiguë que les malades rapportent à la partie postérieure du sternum, signe que Mayne et Stok regardent comme caractéristique), par le refoulement des téguments en haut (Potain) et quelquefois par l'injection des aliments et des boissons (G. Sée).

Quelquefois elle est plus violente : elle devient lancinante et pongitive comme la décrivait Corvisart : elle augmente sous l'influence du moindre mouvement ; le décubitus sur le côté gauche, la percussion, les inspirations un peu fortes, etc., suffisent pour la rendre intolérable. Elle irradie alors vers le bras gauche, vers le mamelon, vers l'épaule, l'épigastre, et même, d'après Rambaud (1), vers l'angle de l'omoplate. Peter, qui a décrit ces variétés de douleurs sous le nom de douleurs périphériques les attribue à la névrite des nerfs intercostaux et du nerf phrénique.

*
* *

Péricardite a forme angineuse.

Enfin, mais dans un petit nombre de cas, on a pu observer une douleur extrêmement violente, angoissante, sur-

(1) Rambaud, *Gaz. méd. de Paris*, 1848.

venant par accès, accompagnée de refroidissement et de lipothymies et ressemblant en tous points à la douleur de l'angine de poitrine. C'est une douleur interne, déchirante, qui se fait sentir en arrière de la partie muqueuse du sternum. Les accès de constriction thoracique sont remarquables en ce qu'ils sont suivis, comme les accès d'angor, d'engourdissement du bras et de l'épaule gauche, remplacés dans quelques cas par une douleur vive et passagère. D'après certains auteurs, cette précordialgie est si violente que la mort peut survenir dans une syncope. Andral, qui en a rapporté une observation devenue classique, avait fait remarquer cette analogie avec l'angine de poitrine. C'est la douleur de la péricardite à forme angineuse, douleur que Peter a décrite sous le nom de douleur centrale.

Wertheimer établit ainsi la pathogénie de la douleur dans la péricardite :

Ainsi que l'a montré Bouillaud, la douleur peut être due :

1° Aux complications ;

2° A la réaction de l'inflammation sur les nerfs du voisinage.

Les nerfs en rapport avec le péricarde sont de deux ordres : 1° les uns situés en dehors du feuillet fibreux de la séreuse (phrénique et ramifications terminales des intercostaux) ; 2° les autres recouverts par le feuillet viscéral, (nerfs cardiaques).

De là, d'après Peter, deux sortes de douleurs :

1° Douleurs périphériques ;

2° Douleurs centrales.

I. — La douleur périphérique comprend deux subdivisions :

a) Douleur localisée au pourtour de l'organe.

b) Douleur irradiée.

a) La douleur locale a son siège sous le mamelon, à la région précordiale, à l'épigastre, quelquefois au côté gauche seulement de l'appendice xyphoïde.

b) La douleur irradiée occupe ces points, et de plus, quand elle irradie sur le phrénique, le cou, l'épaule et le bras. Le plus souvent on ne trouve que deux points douloureux : 1° point costo-xyphoïdien ; 2° point cervical. Elle peut simuler la pleurésie diaphragmatique.

Cette douleur est d'un pronostic bénin. C'est un signe utile au début de la maladie en ce qu'elle précède quelquefois de deux ou trois jours les signes physiques. La sensibilité épigastrique et le point sterno-mastoïdien ont une réelle valeur.

II. — Les douleurs centrales se caractérisent non seulement par une excessive intensité, *en tout semblable à l'angine de poitrine*, mais encore par les troubles de la circulation et de la respiration, et les phénomènes généraux dont elles s'accompagnent.

Elles s'expliquent par une névrite cardiaque aiguë à laquelle participent également le pneumo-gastrique et le grand symphatique.

Les douleurs périphériques n'aggravent pas le pronostic : il n'en est pas de même des secondes qui, dans les observations connues, ont toujours été liées à des cas d'une gravité exceptionnelle (1).

(1) Obs. d'Andral, *Clin. méd.*, t. III ; — Graves, t. II ; — Levet, *Gaz. méd.*, 1842, péricardites traumatiques.

Stokes qui rapporte aussi une observation de péricardite à forme angineuse suivie de mort, pensait que cette douleur violente était due à l'inflammation du muscle cardiaque. Gueneau de Mussy donne à peu près la même explication pathogénique que M. Peter ; mais pour lui, la douleur serait due à l'inflammation propagée aux filets nerveux diaphragmatiques enchassés dans le péricarde, tandis que pour Peter, elle est due aussi, quand elle prend la forme angineuse, à la participation du plexus cardiaque et du pneumogastrique.

Sibson exprime la même opinion (1). « Les nerfs si importants et si nombreux situés à la surface du cœur et des gros vaisseaux, peuvent être englobés plus ou moins par le travail inflammatoire. Or, on sait qu'une excitation électrique du nerf vague amène le ralentissement des mouvements cardiaques, et même l'arrêt du cœur en diastole, et la diminution de la tension artérielle, lorsque cette excitation est très forte ; tandis que la section de ce nerf produit l'accélération cardiaque et l'augmentation de la tension artérielle. D'un autre côté, le ganglion cervical inférieur du sympathique exerce une influence accélératrice sur le cœur ; chez la grenouille, les cellules gangligineuses contenues dans le cœur, sont l'origine de contractions automatiques de celui-ci. Enfin si l'on considère que la surface du myocarde est richement pourvue de nerfs en connexion avec le pneumogastrique, le sympathique et les ganglions intrinsèques du cœur, et que ces nerfs doivent être affectés par l'inflammation du péricarde, on en conclut que cette affection doit jouer un rôle important, soit en stimulant,

(1) Sibson, Péricarditis, *Reynold. system. of medicine*, 1877.

soit en paralysant ces nerfs, de façon à accélérer ou ralentir les mouvements du cœur, à exciter, et plus fréquemment à déprimer l'énergie contractile de cet organe, et enfin à augmenter ou à diminuer la tension artérielle. Enfin le Dr Weber (1) admet la coexistence de l'angine de poitrine avec la péricardite. Il y a d'après lui, un processus pathogénique analogue à celui de l'*angor pectoris* par sclérose des coronaires ou par aortite. Mais le point de départ, la cause de l'irritation du plexus nerveux, au lieu de se trouver dans la paroi vasculaire elle-même, se trouve agir de dehors en dedans sur les vaisseaux. On peut observer aussi le syndrôme angineux dans la péricardite tuberculeuse. Mais c'est une affection rare.

Pour M. Huchard la forme angineuse semble appartenir surtout à la péricardite purulente. D'après lui, la douleur est un symptôme très inconstant et très infidèle de la péricardite, et nous pouvons avec lui formuler les conclusions suivantes (2).

1° La douleur est rare ou très peu accusée dans les péricardites secondaires et en particulier dans la péricardite sèche d'origine rhumatismale.

2° Dans les péricardites secondaires, l'existence et l'intensité des douleurs sont, le plus souvent, sous la dépendance des complications (pleurésie, pneumonie, pleurésie diaphragmatique etc.).

(1) A Weber. De l'angine de poitrine symptomatique d'une affection du cœur. *Archiv. gén. de méd.* 1893.

(2) Extrait du tome II du *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux.* En préparation (Paris 1894).

3° Dans les péricardites purulentes primitives la douleur semble être la règle, elle affecte souvent la forme angineuse.

*
* *

Symphyse du péricarde. — La douleur a été rarement signalée dans cette affection : quand elle l'a été, c'est qu'elle était survenue par suite de la compression des nerfs phréniques (Thuvien). Ces accidents, reconnaissables au point sterno-claviculaire et au bouton diaphragmatique, pourraient parfois faire songer à des symptômes d'angor ; mais il ne faut pas confondre (Huchard) ces douleurs pseudo-angineuses qui ne tuent jamais, avec la véritable angine de poitrine qui peut être l'effet de la symphyse du péricarde, par suite de la compression que les exsudats fibro-membraneux exercent sur les artères coronaires.

CHAPITRE VI

Douleurs provoquées (suite).

Précordialgies dans les maladies du cœur

Toutes les affections dans lesquelles nous avons jusqu'à présent rencontré le symptôme douleur ne sont pas, à dire vrai, des affections du cœur ; au moins quand nous l'avons trouvé en concomittance ne pouvait-il pas être rattaché à ces affections.

Les maladies du cœur en effet ne sont pas douloureuses en elles-mêmes ; quand la douleur coexiste, elle reconnait une origine artérielle ou nerveuse. Cependant beaucoup d'auteurs ont admis la douleur dans un certain nombre d'affections organiques.

Au sujet de l'endocardite aiguë, les opinions concordent. D'après Bouillaud à qui l'on doit la première description de l'endocardite aiguë :

« Des quatre symptômes généraux que les pathologistes ont assignés à l'inflammation, trois, savoir : la chaleur, la rougeur et la tuméfaction se dérobent complètement à notre exploration et le quatrième, la douleur, manque dans l'immense majorité des cas. Dans ceux où cette douleur existe, elle ne dépend point directement de l'endocardite mais bien de la complication de cette maladie avec une phleg-

masie de la plèvre et du péricarde ». Il existe seulement d'après lui, un malaise profond, une gêne précordiale et de la dyspnée.

D'après Peter il n'y a pas de symptômes de l'endocardite ; un seul signe la révèle, le souffle. C'est du reste l'avis de tous les auteurs et l'on peut dire que l'*endocardite n'est pas douloureuse.*

De même l'**hypertrophie simple du cœur** ne s'accompagne le plus souvent que de gêne, d'une sensation de poids à la région précordiale et de palpitations incommodes.

Les **affections valvulaires** sont également indolentes :

« Une des grandes vérités théoriques, dit Stokes, que l'on doit au génie de Laënnec, c'est que l'affection valvulaire, indépendante de toute altération organique ou fonctionnelle du muscle cardiaque, ne se reconnaît souvent que par l'examen physique et reste latente.

Il est parfaitement établi, sur des observations nombreuses que le cœur a pu dégénérer lentement, provoquer des troubles fonctionnels secondaires énormes sans que le cri de l'organe malade vint faire soupçonner le premier coupable de ces désordres (Bonneau).

Quant à la **myocardite**, un certain nombre d'auteurs ont mentionné la douleur ; sans parler d'Hamernyk, de Prague, qui décrit la douleur angineuse, Bernheim (1) pense qu'elle est plus fréquente que dans l'endocardite ou la péricardite. D'après M. Peter (2), à côté de la douleur angineuse de la

(1) Bernheim, Thèse, Strasbourg, 1866.
(2) M. Peter, *Traité des maladies du cœur*, 1883.

myocardite, il y a une douleur provoquée, nettement expressive. On la détermine en pressant la région précordiale du bout du doigt, en plein cœur, c'est-à-dire en déprimant assez fortement et successivement les troisième, quatrième, cinquième et même sixième espaces intercostaux gauches au voisinage du sternum, et en s'éloignant de plus en plus de cet os à mesure que l'on presse plus bas. Jamais, au cas de myocardite, on ne manque de provoquer alors une assez vive douleur. Le maximum de la douleur est aux quatrième et cinquième espaces (quelquefois au sixième, en cas d'hypertrophie), c'est-à-dire au niveau des ventricules ; or, ce sont eux en effet que l'inflammation frappe de préférence aux oreillettes. Dans quelques cas, on ne provoque la douleur à la pression qu'au cinquième espace intercostal gauche (ou au sixième en cas d'hypertrophie), c'est-à-dire au niveau de la pointe même du cœur, si souvent atteinte de myocardite granulo-graisseuse ou dégénérante..... La douleur provoquée par cette pression est assez vive pour que le malade s'y dérobe par un mouvement de recul, pour que quelquefois il s'en plaigne assez fortement, pour que même il pousse alors un léger cri.

M. Peter insiste encore sur ce fait dans le dernier volume de ses *Cliniques médicales* à propos d'un cas de myocardite rhumatismale.

Chez tous les malades qui ont été soumis à notre observation nous avons toujours cherché cette douleur que décrit M. Peter. M. Huchard, notre maître, a souvent attiré notre attention sur ce fait. Nous n'avons JAMAIS, DANS LA MYOCARDITE, RENCONTRÉ DE DOULEUR A LA PRESSION, PROPRE A CETTE MALADIE.

Nous avons cependant toujours exploré avec le plus grand soin la région précordiale des nombreux malades de l'hôpital Bichat. A chaque fois que nous avons trouvé des points douloureux, ils se rattachaient indubitablement à un état névralgique ou névropathique. Mais la plupart du temps, dans les myocardites les plus évidentes, les mieux diagnostiquées, nous n'avons trouvé aucun point douloureux dans la région du cœur,

« Les points douloureux sont très rares, dans la myocardite, si même ils existent, dit M. Huchard (1), et ils n'appartiennent pas au cœur devenu douloureux ; l'arythmie cardiaque fait souvent défaut et la symptomatologie trop bruyante attribuée par les anciens auteurs aux affections du myocarde, d'après certaines vues théoriques, est contraire à la vérité.»

Au début de la cardio-sclérose, les malades ont d'assez fréquentes palpitations, et celles-ci ont souvent pour caractère d'être douloureuses, angoissantes et souvent nocturnes. D'autres fois elles sont simplement subjectives et on voit des malades venir s'en plaindre alors qu'on ne constate aucune augmentation de l'impulsion et des battements cardiaques.

Souvent ces phénomènes existent dans le cours des affections valvulaires. Mais on ne peut les ranger que dans les symptômes méiopragiques, non dans les symptômes douloureux.

On peut observer encore dans la myocardite chronique une forme d'*arythmie angoissante paroxystique*, qui sem-

(1) Huchard, La cardio-sclérose, *Revue de médecine*, 1892.

ble en rapport avec les accès de spasmes des artères coronaires au début de la maladie (Huchard) ; cette arythmie s'accompagne d'une légère sensation d'angoisse précordiale.

La sensibilité à la pression de la région du cœur se trouve chez les anémiques, chez les chlorotiques (Ràcle attribuait à la chlorose toutes les douleurs précordiales, ou peu s'en faut), et chez les femmes nerveuses. On la rencontre encore dans les cas de péricardite sèche, et l'on peut observer chez les malades atteints de mal angineux une légère hypéresthésie cutanée. En dehors de ces cas, le cœur artério-scléreux n'est pas douloureux à la pression. Lorsque les douleurs existent, elles prennent le caractère angineux et ne sont pas provoquées par la pression, mais par la marche.

Nous insistons beaucoup sur ces faits cliniques parce qu'ils ont une haute importance au point de vue thérapeutique. Le diagnostic permet de formuler une contre indication aux révulsifs dans la myocardite : « Les vésicatoires, capables de calmer la douleur et d'anémier les parties sous-jacentes ne sont pas indiqués dans une maladie où le principal danger réside dans l'ischémie du myocarde (1) ».

Nous pouvons dire en un mot, que les *cardiopathies valvulaires* ne sont pas douloureuses. Elles ne peuvent l'être que par distension douloureuse. Les *cardiopathies artérielles le sont souvent* ; elles peuvent l'être parce que la douleur procède de l'artérite des coronaires.

(1) Huchard, *Traitement et curabilité des cardiopathies artérielles.* (Bull. de thérap., 1892).

Il est un fait à signaler, en effet, c'est que les artérites sont des maladies essentiellement douloureuses. Nothnagel qui tout dernièrement a parlé des douleurs vasculaires n'a fait que rééditer ce qui est bien connu en France (1).

Si l'on veut une preuve de ce fait que les artérites sont douloureuses, on n'a qu'à songer à l'intensité des douleurs de la gangrène sénile, de l'asphyxie des extrémités et de celles qui accompagnent la compression des anévrysmes, comme l'a fait observer Le Fort (2) :

« Quant à l'intensité des douleurs ressenties au moment de l'attaque angineuse, elle n'a rien d'étrange pour les chirurgiens qui ont pratiqué la compression digitale sur les anévrysmes; tous savent qu'à un certain moment, quand l'ischémie devient complète par la formation d'un coagulum, le malade accuse dans tout le membre des douleurs atroces tout à fait comparables sauf pour le siège, à celles de l'angine de poitrine ».

A. Weber insiste sur ce qu'il appelle « *douleurs périphériques rhumatoïdes* (3) », véritables crises de crampes douloureuses, de courte durée, mais se renouvelant fréquemment, et constituant ainsi de véritables attaques. Ces douleurs s'observent au début et dans le cours de l'artério-sclérose et sont dues à l'artérite.

Les anévrysmes, par eux-mêmes ne sont pas douloureux. Ils peuvent le devenir par la compression qu'ils exercent

(1) Nothnagel, *Zeitschr. für Klin. med.*, Bd. 19, Hft. 3.

(2) Le Fort, *Ac. de médecine*, 1893.

(3) A. Weber, De l'angine de poitrine et de l'artério-sclérose. *Arch. de médecine*, 1893.

sur les parties voisines qui se trouvent ainsi ischémiées. L'angine de poitrine s'observe très fréquemment dans les anévrysmes du cœur, modalité anatomique qui précède souvent la rupture de cet organe (Weber). Les anévrysmes de la crosse de l'aorte peuvent causer des douleurs en comprimant les nerfs de la région.

Enfin les tumeurs du cœur sont indolentes. Ni le carcinôme, ni la tuberculose, ni la syphilis du cœur, pour ne parler que des plus fréquentes, ne donnent lieu à des symptômes douloureux. On a seulement noté souvent la coïncidence de la syphilis et de l'angine de poitrine. On sait du reste que la syphilis est rangée parmi les causes fréquentes de l'artério-sclérose.

CHAPITRE VII

Précordialgies provoquées par la pression.

NÉVRALGIE ET PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUES GAUCHES

Cette troisième catégorie de précordialgies comprend les affections nerveuses, dans lesquelles la douleur peut exister sans qu'il soit besoin de la provoquer, mais dans lesquelles elle se réveille et s'exagère toujours par la pression du doigt. Nous consacrons à la névralgie diaphragmatique une étude un peu plus longue qu'aux autres névroses, parce qu'elle nous a semblé plus importante et d'un diagnostic souvent plus délicat.

La **névralgie du nerf phrénique**, signalée par Bouillaud qui la considère comme la cause de la précordialgie dans la péricardite, a été complètement étudiée par Guéneau de Mussy, Huchard, Peter et Hermil dans sa thèse inaugurale.

Guéneau de Mussy (1) a reconnu que la pleurésie diaphragmatique emprunte ses principaux traits à la douleur du nerf phrénique, et Peter (2) a démontré que c'est à la névralgie diaphragmatique qu'il faut attribuer la douleur, souvent intense, de la pleurésie diaphragmatique. On peut donc réunir dans une même étude la pleurésie et la névralgie diaphragmatiques. Pour nous conformer au but de no-

(1) Guéneau de Mussy, *Clin. méd.*
(2) M. Peter, *Névralgie diaphragmatique.*

tre travail nous n'étudierons ces affections que lorsqu'elles siègent du côté gauche.

Cette douleur qui, dans la pleurésie, apparaît en même temps que les frissons, occupe la région de l'hypocondre gauche avec irradiations vers le creux épigastrique, quelquefois vers la partie inférieure de la région dorsale, en suivant la ligne des insertions costales diaphragmatiques, et aussi, rarement, le long du bord externe du sternum et jusque dans le moignon de l'épaule (1).

Cette douleur est très vive, s'exaspère par le moindre mouvement, par la toux et par le hoquet qui font partie du cortège symptomatique de la pleurésie diaphragmatique, et surtout par la pression. Guéneau de Mussy, qui a recherché avec le plus grand soin les points douloureux, a déterminé avec précision le point où la douleur à la pression atteint son maximum. Ce point, connu sous le nom de « bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy », est situé à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche à la hauteur de la dixième côte, ou assez exactement à l'intersection de deux lignes dont l'une continuerait la partie osseuse de la dixième côte, et dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum (2).

Cet auteur a étudié avec la même exactitude la névralgie phrénique qui accompagne toujours, d'après lui, la névralgie diaphragmatique. — On provoque nettement la douleur du phrénique en portant le bout de l'index entre les deux faisceaux du sterno-cléïdo-mastoïdien, de façon à comprimer le nerf entre le doigt et le muscle scalène anté-

(1) Hermil, *Pleurésie diaphragmatique*, thèse, Paris, 1879

(2) Guéneau de Mussy, *Archives de médecine*, 1853.

rieur. La douleur est vive, irradie le long du bord externe du sternum et s'étend jusqu'à la base de la poitrine qu'il immobilise aussitôt (Hermil).

Le diaphragme est aussi le siège d'une vive douleur que l'on peut provoquer en refoulant les viscères par une pression sur les hypocondres.

La douleur, comme on le voit, a été étudiée avec le plus grand soin, car elle est typique, et ne permet pas la confusion. On peut, avec Hermil, diviser les douleurs en trois classes.

1° Douleurs résidant dans les filets terminaux du nerf phrénique, qui peuvent être spontanées ou provoquées.

2° Douleurs résidant dans le tronc du nerf phrénique, rarement spontanées, mais pouvant être provoquées par la toux. Le malade alors, dit Peter, fait cesser exactement l'anatomie de son phrénique.

3° Douleurs par propagation : douleurs d'irradiation et douleurs réflexes. On les observe dans le flanc, dans la fosse iliaque, et surtout dans la région sus-claviculaire du côté affecté.

En résumé, ce ne sont que douleurs névralgiques, qu'il s'agisse seulement de névralgie ou de pleurésie diaphragmatiques. Peter a démontré qu'il y avait aussi névrite du phrénique, et cette dernière lésion peut persister après la guérison de la névralgie. Mais il ne faut pas oublier que la névralgie diaphragmatique peut être primitive.

D'après M. Huchard (1), elle est caractérisée par des symptômes douloureux et des troubles fonctionnels.

(1) H. Huchard, Leçon sur la pleurésie diaphragmatique, *Gaz. méd. de Paris*, 1892.

A. — *Symptômes douloureux.* Les douleurs sont spontanées ou provoquées comme dans toutes les névralgies. Les malades accusent une sensation de souffrance au bas de la poitrine, dans l'épaule, au cou, parfois aussi à la nuque et à la mâchoire.

Il y a quatre points douloureux principaux :

1° Point cervical à la partie latérale du cou, en dehors du chef interne du sterno-mastoïdien.

2° Point sternal, au niveau du deuxième ou du troisième espace intercostal.

3° Points costaux, aux insertions du diaphragme surtout à la neuvième côte.

4° Points apophysaires (2°, 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales, surtout 3e et 4e).

Les malades se plaignent beaucoup plus de la douleur diaphragmatique antérieure que de la douleur rétro-sternale (Peter).

Douleurs d'irradiation par ordre de fréquence :

1° Plexus cervical :

Douleur des nerfs sus-claviculaires ;

Douleur de la région latérale du cou ;

Douleur de la machoire inférieure ;

Gêne dans la mastication.

2° Plexus brachial ;

Douleur de l'épaule (nerf circonflexe) ;

Douleur de la partie interne du bras (accessoire du brachial cutané interne) ;

Douleur du coude et du petit doigt (cubital).

B. — Les troubles fonctionnels intéressent la respiration

(pénible à cause de la douleur entravée par le hoquet), la mastication, gênée et douloureuse, la locomotion du bras gauche et quelquefois la circulation.

Diagnostic. — D'après M. Dieulafoy (1) qui considère l'*angor* comme une névralgie cardiaque, le diagnostic doit être fait avec cette dernière affection.

La névralgie du nerf phrénique, primitive ou consécutive à une pleurésie diaphragmatique, à une péricardite aiguë, se traduit par un ensemble de symptômes (siège de la douleur, dyspnée, hoquet), qui permet de la distinguer de la névralgie cardiaque. Mais cette névralgie du nerf phrénique est quelquefois associée directement (névrite), ou indirectement (irradiation réflexe), à la névralgie du plexus cardiaque, et il y a dans ce cas-là une association de douleurs qui portent à la fois sur l'innervation de la circulation par le plexus cardiaque et sur l'innervation de la respiration par le nerf phrénique.

(1) Dieulafoy, *Pathologie interne*, t. 1, p. 394.

CHAPITRE VIII

Douleurs provoquées (suite et fin).

Nous étudierons maintenant, très brièvement toutes les affections organiques ou névralgiques qui peuvent donner lieu à une douleur de la région précordiale, dont le diagnostic est relativement facile, et qui ne peuvent faire naître l'idée d'une affection du cœur que dans l'esprit du malade. Nous nous plaçons toujours au point de vue du diagnostic avec la douleur des affections du cœur et des vaisseaux.

I. — **Névralgie intercostale.**

La névralgie intercostale, qui, sans discussion est l'une des plus fréquentes, a son siège dans les filets des nerfs thoraciques. Les nerfs intercostaux, au nombre de douze, ont chacun deux branches, l'une *postérieure*, se ramifiant dans les muscles de la gouttière vertébrale, l'autre *antérieure,* sous-pleurale et sous-musculaire.

La *douleur*, dans la névralgie intercostale, siège ordinairement dans les cinquième, sixième et septième espaces intercostaux. Elle est beaucoup plus fréquente à gauche, et souvent occupe les deux côtés de la poitrine.

On peut diviser les douleurs de la névralgie dorso-

intercostale en deux variétés : spontanée et provoquée. La douleur spontanée manque souvent. En somme on peut dire que la névralgie intercostale est révélée par la douleur à la pression aux points d'émergence des nerfs, mais qu'il peut, dans certains cas aigus, persister une douleur continue qui s'exagère à la pression ou aux mouvements (surtout mouvements de latéralité). Ce sont alors des douleurs en ceinture qui s'accompagnent de malaise général avec accélération du pouls. Romberg a cité des cas dans lesquels la compression amenait la sédation des douleurs.

C'est la pression qui fait découvrir les trois points douloureux de la névralgie intercostale, points qui peuvent cependant faire défaut et qui sont, par orde de fréquence :

1° Le *point vertébral* au niveau de la sortie du nerf du trou de conjugaison.

2° Le *point antérieur*, ou sternal, ou épigastrique, sur les cartilages costaux, près du sternum.

3° Le *point latéral* au milieu de l'espace intercostal. On peut en pressant l'un de ces points provoquer un retentissement douloureux sur tout le trajet du nerf.

Desnos a signalé quelques autres points (épigastrique, xyphoïdien, cardiaque) beaucoup plus rares. Ce qu'il importe de mentionner, c'est que plusieurs points douloureux peuvent manquer, mais que l'on provoque toujours une *douleur à la pression*.

La névralgie intercostale n'est pas isolée ordinairement : elle coïncide soit avec la névralgie phrénique, soit avec la névralgie des nerfs du plexus lombo-abdominal. Elle peut irradier vers le bras. D'après Piorry elle donnerait lieu à de la splénomégalie. Elle alterne très souvent avec d'autres

névralgies. Elle s'observe souvent dans la phthisie pulmonaire et dans la période prodromique du zona.

C'est à la névrite des intercostaux qu'il faudrait, d'après Beau, rattacher la douleur de la pneumonie et de la pleurésie. La névralgie intercostale dont on peut reconnaître au point de vue de l'étiologie, trois formes différentes : idiopathique, symptomatique et sympathique, est fréquente dans les affections de l'estomac (forme sympathique), et dans les affections de l'utérus.

Elle peut se confondre avec le rhumatisme intercostal ou pleurodynie (Valleix). On a d'ailleurs trouvé de nombreuses variétés dans les divers états nerveux (myosalgie ou myodomie de l'hystérie), et avec l'angine de poitrine, dont nous avons indiqué les différences.

Le pronostic est toujours bénin.

Nous devons mentionner aussi la **mastodynie** ou **névralgie mammaire** qui se manifeste par des douleurs lancinantes qui traversent le sein (sein douloureux des névropathes), et qui peuvent irradier vers l'aisselle.

II. — Pleurodynie.

Dans la pleurodynie ou rhumatisme intercostal il existe une douleur intermitente et aiguë au-dessous et en dehors du mamelon. C'est une douleur d'endolorissement qui augmente à la pression, et qui est toujours très superficielle.

D'après Valleix (1) elle se confond avec la névralgie in-

(1) Valleix, *Traité des névralgies.*

tercostale, et a pour caractère de s'exagérer au moment des changements de position du malade. Elle n'a du reste pas d'autre traitement que celui des névralgies en général.

Chez les anémiques et les chlorotiques et surtout chez les nerveux, on observe une sensibilité anormale de la paroi précordiale ainsi que des palpitations douloureuses ; la paroi est sensible en dehors et en dedans : la pointe du cœur en frappant contre une paroi hyperesthésiée détermine la production de ces palpitations douloureuses qui sont purement subjectives et que le médecin ne reconnaît pas. C'est là une forme fréquente de speudo-palpitations. Nous ne parlons pas de celles qui peuvent précéder ou accompagner une affection cardiaque. Nous possédons à ce sujet une intéressante observation que nous ne pouvons malheureusement publier.

III. — Pneumonie et pleurésie.

Le point de côté de la *pneumonie* a été observé de tout temps, depuis Hippocrate lui-même. Il est dû, d'après Peter, à l'irritation phlogistique de l'organe à son enveloppe ce qui fait que l'on peut le constater loin du point atteint, puisqu'il existe au-dessous du mamelon même dans les pneumonies du sommet. Ce n'est ni le poumon, ni la plèvre qui souffrent dans ce cas, ce sont les nerfs intercostaux. Mais ce point douloureux se trouve rarement dans la région précordiale proprement dite. Il est donc rare que la douleur de la pneumonie puisse appartenir à la description des précordialgies.

C'est vers la fin du premier jour, ou au commencement

du second qu'apparaissent la douleur, la toux et la dyspnée. La douleur se révèle sous la forme d'un point de côté qui siège le plus souvent au-dessous du mamelon et qui est exaspéré par les expirations saccadées de la toux.

La douleur de la pleurésie, d'après Beau comme celle de la pleurésie est une névropathie intercostale résultant d'une névrite, Piorry et Bouillaud les attribuent à une névralgie intercostale. M. Peter, comme ces auteurs, admet la névropathie intercostale cause de la douleur pleurétique, que l'on retrouve aussi bien dans la pneumonie que dans la pleurésie.

Cette douleur et celle de la pleurésie, qui lui ressemble en tous points peuvent être étudiées ensemble. Peter attire l'attention sur ce fait que l'inflammation propagée à toutes les grandes séreuses est redoutable (méningite, péricardite, péritonite) et qu'il faut faire exception pour la plèvre, par ce qu'elle est isolée des plexus pulmonaires que « l'incendie pleurétique ne saurait atteindre. » Ce n'est donc pas sur la nature et l'intensité du point de côté qu'il faut baser le pronostic de la pneumonie ou de la pleurésie, pas plus qu'il ne faudrait y fonder le diagnostic, mais sur les signes fournis par la température, l'auscultation et l'expectoration. La douleur ne dure pas plus de trois ou quatre jours. Nous n'y insistons pas davantage, l'ayant déjà étudiée en grande partie dans le chapitre de la pleurésie diaphragmatique.

IV. — Phtisie, pneumothorax, affections des poumons, etc.

La douleur peut exister dans la *phtisie pulmonaire* : elle se fait surtout sentir entre les deux épaules. Mais

on peut observer d'autres points douloureux ; c'est surtout dans les trois premiers espaces intercostaux que se manifeste cette douleur, et l'on y observe aussi fréquemment de la névralgie phrénique.

Le *pneumothorax*, s'annonce la plupart du temps par une douleur subite, très intense, mais qui ne dure que quelques secondes. Cette douleur peut faire défaut. Les autres affections du poumon sont indolentes.

On peut cependant observer dans l'*œdème aigu du poumon*, non une douleur, non une dyspnée, mais une angoisse respiratoire extrême que l'on ne doit confondre, ni avec une précordialgie, ni avec la dyspnée, ni avec l'angoisse cardiaque de l'angine de poitrine.

Enfin il ne faut pas oublier que les névralgies ne sont pas toujours périphériques, mais qu'elles peuvent devenir centrales, de même qu'elles peuvent être primitivement centrales, et c'est souvent le diagnostic de ces *algies centrales* dont nous avons déjà parlé, qui est le plus difficile à faire.

V. — Affections de l'estomac et du foie.

La cardialgie ou névralgie de l'estomac, vulgairement appelée *crampe d'estomac* (1) ne doit pas se confondre avec la gastralgie. C'est une affection dont le diagnostic doit être fait avec les coliques hépatiques quand elle irradie du côté droit, et qui peut se manifester sous la forme d'une précordialgie quand elle irradie du côté gauche. Stokes avait

(1) Gueneau de Mussy. *Clin. Méd.* T. I.

donc raison de dire que l'on pouvait confondre les douleurs gastriques avec les douleurs de l'angor, et surtout de la péricardite à forme angineuse.

D'après Guéneau de Mussy, la cardialgie est caractérisée par une douleur soudaine, revenant par accès plus ou moins rapprochés ; elle peut être pongitive et surtout *angoissante*.

D'après Romberg le siège en est dans le plexus solaire.

Elle survient surtout chez les névropathes, et chez les arthritiques.

Comme nous l'avons dit, les troubles d'origine gastro-intestinale peuvent donner lieu à des précordialgies pseudo-angineuses.

Enfin les coliques hépatiques peuvent donner lieu à des accidents cardialgiques (Potain) ; elles peuvent, comme la cardialgie, donner lieu à des irradiations douloureuses du côté de la région cardiaque et à des précordialgies pseudo-angineuses, ainsi que nous en rapportons un exemple.

VI. — Zona.

Le zona se manifeste par des douleurs qui surviennent sur le trajet du nerf atteint, ou même par des douleurs diffuses, consécutivement, d'ordinaire à un malaise général parfois appréciable. Le zona est surtout douloureux (Peter) chez les rhumatisants et les dartreux. Il y a lésion des ganglions intervertébraux et des nerfs qui en émanent. L'éruption, qui permet facilement le diagnostic, suit le trajet des nerfs douloureux et les vésicules abondent au ni-

veau des points sensibles. Les douleurs persistent souvent après la disparition des vésicules.

Nous devons signaler ici le fait très intéressant d'un *zona d'origine aortique* et qui peut se résumer de la façon suivante (1) :

Chez une malade atteinte d'insuffisance avec dilatation aortique et accès d'angine de poitrine coronarienne, l'endo-aortite produit de la peri-aortite, et cette dernière, par une propagation inflammatoire, produit de la névrite du plexus cardiaque et du phrénique, d'où les douleurs pseudo-angineuses *permanentes et spontanées* que l'on observe chez elle. La péricardite de la base s'étend et devient intense ; de proche en proche la névrite gagne les filets du plexus cervical superficiel, avec lequel les nerfs phréniques sont en connexion, et, à la faveur de cette phlegmasie, peut-être aussi de causes infectieuses, on voit évoluer une névrite, c'est-à-dire, un zona du plexus cervical superficiel.

VII. — Traumatismes de la poitrine.

Les *traumatismes* de la poitrine, (contusions, enfoncements ou fractures de côtes), de même que les lésions chirurgicales (ostéites etc,) des côtes peuvent donner lieu à des douleurs, dont le diagnostic sera généralement facile à établir par l'interrogatoire et l'examen du malade.

L'examen local, la présence de la crépitation indiqueront la nature de l'affection, comme dans le cas que cite M. Peter, où les renseignements donnés étaient contradictoires.

(1) Huchard, *Mal. du cœur et des vaisseaux*, 1re édit.

Les contusions de la poitrine (Gosselin, Peter), peuvent donner lieu à des douleurs qui persistent longtemps, et peuvent faire croire à de l'ostéite (mais il n'y a pas de gonflement de l'os) et qui sont dues à une névrite intercostale consécutive.

Indications thérapeutiques.

« On ne soigne pas les maladies, on soigne des malades, il n'y a pas de maladies locales, mais des maladies localisées » (1) ; c'est à la fois de la notion du malade et de la maladie que devront être déduites les applications thérapeutiques.

Les précordialgies, nous avons essayé de le montrer, sont dûes aux causes les plus diverses, c'est à cette cause que devront s'adresser les médications que nous tenons à résumer à grands traits.

L'angine de poitrine coronarienne, maladie d'origine artérielle sera justiciable d'un traitement artériel. Il y a trois indications principales à remplir :

1° Combattre l'hypertension par le traitement hygiénique et médicamenteux.

2° Combattre le développement de l'artério-sclérose.

3° Faciliter le travail du cœur en s'adressant aux vaisseaux.

Le traitement *hygiénique* consistera en une vie calme, exempte d'émotions, de fatigues, etc ; on évitera la marche

(1) Huchard, *Le Traitement de l'angine de poitrine. Gaz. des Hôp.*, 22 et 24 septembre 1892.

prolongée, la montée des escaliers, le vent, le bord de la mer ; on combattera la constipation, et l'on se livrera à un exercice modéré (courtes promenades à pied, massage, frictions, contractions passives des muscles). M. Huchard insiste sur le régime végétarien, l'abstinence de tabac et d'alcool.

L'*aortite* pourra être combattue par l'emploi des révulsifs (cautères, vésicatoires, pointes de feu, teinture d'iode) sur la région précordiale ; quant aux effets de la *lésion* des coronaires, la thérapeutique possède contre eux deux médicaments, les iodures et les nitrites.

Les iodures, qui abaissent la tension artérielle pourront être prescrits de la façon suivante :

1° Eau distillée.		300 grammes.
Iodure de sodium.	10 à	20 —
Extrait thébaïque		10 centigr.
Deux à trois cuillerées à soupe par jour.		

2° Eau distillée.		150 grammes.
Iodure de sodium.	5 à	10 —
Arséniate de soude		5 centigr.
Deux à trois cuillerées à café par jour.		(Huchard)

Au moment des accès, les inhalations de nitrite d'amyle (trois ou quatre gouttes sur un mouchoir) la trinitrine à l'intérieur d'après la formule :

Eau distillée	100 grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e	L gouttes.

Deux à quatre cuillerées à soupe par jour, ou encore en injections hypodermiques ; le nitrite de sodium (Matthew Hay, d'Edimbourg), sera employé avec succès.

L'opium et surtout l'électricité, la cocaïne, les bromures

et tous les antinévralgiques ne sont pas indiqués ; ils n'ont pas d'action, peuvent être dangereux et ne réussissent que dans les précordialgies pseudo-angineuses d'origine névrosique.

Il en est de même des émissions sanguines, et des médicaments cardiaques qui ne sont pas indiqués.

*
* *

Les précordialgies pseudo-angineuses seront combattues suivant l'indication fournie par leur pathogénie :

1° *Pseudo-angine spasmo-tabagique*, supprimer le tabac, combattre la dyspepsie nicotinique ;

2° *Pseudo-angine névralgique*, médication anti-nerveuse, anti-névralgique ou névritique, stypage, pulvérisations de chlorure de méthyle, etc.

3° *Pseudo-angine réflexe*, médication anti-dyspeptique, antisepsie intestinale, et quelquefois lavage stomacal.

*
* *

Nous n'insisterons pas sur le traitement des précordialgies dûes à une affection du cœur ou des poumons (péricardite, pneumonie, pleurésie). Nous avons montré que ces douleurs provenaient d'une névralgie par compression ou par propagation.

Contre l'élément névralgique en général les moyens sont variés : Opium, antipyrine, cocaïne, chloral, paraldéhyde, sulfonal, uréthane, phénacétine, belladone, etc.

Contre les douleurs neurasthéniques, l'électricité, l'aimantation et surtout le traitement moral, pourront donner quelques succès, mais d'une façon générale, contre

les douleurs des neurasthéniques, névralgies et surtout algies centrales, la thérapeutique est à peu près complètement désarmée.

*
* *

Nous tenons maintenant à prouver par quelques observations, ce que nous venons d'exposer. Nous avons résumé quelques-unes de nos observations personnelles qui nous ont paru les plus typiques. Nous en avons supprimé un grand nombre de celles que nous avons recueillies à l'hôpital Bichat, pour ne pas étendre outre mesure notre travail.

Sans nous dissimuler les imperfections de cette étude sur un des syndrômes simulateurs des affections du cœur qui nous a paru des plus intéressants, nous serons heureux si nous avons pu arriver à éclaircir seulement quelques points de la question séméiologique que nous avons étudiée.

Car il ne faut pas être trop exclusif en médecine et surtout en séméiologie. Comme le dit M. Potain, « il n'existe aucun signe pathognomonique, aucun signe qui révèle complètement une maladie. Quand nous sommes en possession des résultats que fournit la séméiotique chez un malade déterminé, il nous reste en effet à établir le diagnostic complet, et c'est là la grosse difficulté. Vous pouvez enfin formuler un nom de maladie mais, ne l'oubliez pas, un nom ne constitue pas un diagnostic et c'est ici que les véritables difficultés commencent ».

OBSERVATIONS

Observation I. (A. Weber).

Angine de poitrine.

M. M.... âgé de 51 ans a eu une attaque de rhumatisme articulaire en 1868. Pendant l'enfance et l'âge mûr, il a été sujet à des migraines, qui ont disparu depuis 3 ans, ni uricémie, ni gravelle. Depuis longtemps il est hémorrhoïdaire. Il y a 10 ans, crises de gastralgie assez vives, survenant tous les 2 ou 3 mois. A cette époque il eut des coliques hépatiques frustes (douleurs atroces au côté droit pendant 4 à 5 minutes, sans vomissements, ni jaunisses, revenant tous les 10 jours. Jamais il n'avait éprouvé de palpitations.

Il y a 2 ans, il commença à ressentir de la douleur et de la gêne au niveau du cœur, des battements dans le cou, des vertiges, des lipothymies, puis des syncopes incomplètes, s'accompagnant toujours d'une douleur violente au creux de l'estomac, à tel point qu'il se croyait près de mourir. L'an dernier, au mois de janvier, au moment de se coucher, il est pris d'une toux très vive avec étouffements ; cet accès de pseudo-asthme dura quelques heures. Il eut un second accès en septembre, où la toux s'accompagna de bronchorrée et de crachats sanguinolents. Il y a 15 jours, toujours en se couchant le soir, il eut une crise douloureuse avec oppression, toux continuelle et expectoration.

Aujourd'hui 1er février, il éprouve des douleurs continuelles : elles surviennent soit pendant qu'il est à table, soit pendant la marche, sous l'influence du moindre effort, quelquefois spontanément, surtout la nuit. Leur siège est à la partie inférieure du sternum et du côté gauche ; c'est une *sensation de constriction reliant les 2 seins, avec irradiations dans les 2 bras, surtout à gauche jusqu'aux 2 petits doigts.* Il ressent aussi la

sensation d'une syncope imminente. La durée de ces crises est de quelques minutes. Il éprouve une gêne continuelle à la région cardiaque. Cette douleur siège tellement bas, que le malade a été soigné pour une gastralgie par son médecin, et qu'il vient me consulter pour son estomac.

Il ne fume pas, ne fait abus ni de thé, ni de café.

Matité aortique de 6 centimètres. Battements artériels du cou, pouls de Corrigan, second foyer de battements aortiques à droite du sternum. Double souffle à la base du cœur. *Il n'existe pas de douleurs à la pression, sur le trajet des nerfs phréniques*, ni nulle part ailleurs.

Diagnostic. — Ectasie aortique. Insuffisance et rétrécissement aortiques. Hypertrophie du cœur. Angor pectoris vrai.

Traitement. — Iodure de potassium, 2 à 5 grammes par jour. Nitrite d'amyle. Injection de morphine. Pointes de feu. Diète sèche.

28 *février* 1885. — Matité aortique de 6 centimètres 3/4. On entend *un bruit de galop manifeste.* Les crises sont moindres au moment des repas. La douleur existe toujours sur une ligne qui va de l'appendice xiphoïde à la ligne mamelonaire. L'effort le plus faible, un mouvement, font naître l'oppression. On prescrit 3 grammes d'iodure par jour.

21 *mars.* — Même état. Le bruit de galop persiste. La dose d'iodure est portée à 5 grammes par jour. Mouches de Milan. Lait, un litre et demi.

5 *mai.* — Pas d'amélioration, les nuits sont mauvaises. Le malade est pris d'accès, en mangeant, en marchant, même pendant son sommeil ; souvent il est pris d'une toux sèche, quoiqu'il n'ait pas de bronchite. Seules les digestions sont bonnes.

Matité aortique de 6 centimètres. L'élévation de la sous-clavière est plus prononcée, le pouls est fort, vibrant, le bruit de galop très accentué. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Le traitement ioduré est suspendu pendant une quinzaine de jours. Mais pendant cet intervalle, le malade eut des crises très violentes, qui ne furent calmées que par le nitrite d'amyle. Le traitement ioduré fut repris ensuite.

Observation II (Personnelle).

Angine de poitrine.

Madame C.... 45 ans, vient à la consultation du jeudi à Bichat, le 3 mars 1891.

Mère morte à 57 ans de rhumatismes, père mort paralytique à 56 ans ; sœur rhumatisante.

En octobre 1890, elle a eu, à 6 heure 1/2 du soir, après son repas, une forte crise de douleur précordiale qui a duré 4 à 5 heures. Depuis cette douleur a reparu, surtout quand la malade monte un escalier. Presque tous les soirs elle éprouve une légère crise en se mettant au lit, ou en allant à la garde-robe.

Toujours bien réglée, elle a eu il y a quelques jours une crise nocturne spontanée (à une heure du matin) coïncidant avec l'apparition de ses règles.

A l'examen : pas de souffle au cœur ; léger retentissement diastolique à droite du sternum. Pas de douleur à la pression.

Diagnostic : Angor chez une artério-scléreuse au début.

Traitement. — Iodure (2 gr.) trinitrine, pointe de feu, etc.

Revue le 5 *juin* 1891, la malade a moins de crises ; mais celles-ci surviennent toujours sous l'influence de la marche, surtout après les repas. Pouls fréquent (à 120).

Le 16 *septembre* 1891. — Les crises sont plus rares parce qu'elle les évite en marchant lentement. Elle va certainement beaucoup mieux. On constate cependant quelques faux pas du cœur. Pouls fréquent. Léger prolongement systolique. Matité aortique = 5 centim.

Le 10 *novembre* 1891. — Les crises sont encore plus rares, mais la malade ne peut marcher vite.

Le 16 *février* 1892. Les crises sont devenues beaucoup plus fréquentes et plus fortes depuis quinze jours. Quelques crises spontanées la nuit. Tachycardie (P. 136). Tendance à l'embryocardie. La malade est très fatiguée, angoissée. On prescrit le nitrite d'amyle et un vésicatoire au devant du cœur.

Observation III (Personnelle, résumée).

Angine de poitrine.

M. G... 54 ans, vient à la consultation du jeudi à l'hôpital Bichat le 23 novembre 1893 : Pas d'antécédents héréditaires. Sa mère vit encore (80 ans). On meurt toujours vieux dans sa famille. Pas de goutte, un peu de rhumatismes.

Il se plaint d'une douleur qu'il a éprouvée à la région épigastrique, pour la première fois au mois d'avril dernier. Cette douleur survenait sous l'influence de l'effort ou d'une marche un peu rapide, siégeait vers le milieu du sternum, (douleur rétro-sternale) et un peu à gauche, avec irradiations douloureuses à l'épaule gauche et à l'épaule droite, et quelquefois jusque dans les doigts de la main gauche.

Les efforts, l'action de se mettre au lit, provoquent des accès, mais pas de crises nocturnes en général.(Il y a eu deux crises nocturnes qui ont duré chacune un quart d'heure). La durée des accès est ordinairement de dix minutes. Le malade qui a fumé beaucoup ne fume plus depuis cinq ans.

Il a été soigné comme gastralgique pour cette affection.

Le pouls gauche est plus faible. — A l'auscultation, léger souffle systolique et surtout diastolique.

Le malade qui vient des environs de Paris, est renvoyé avec le diagnostic et le traitement. Il n'a pas été revu.

Observation V (Personnelle).

Angine de poitrine.

R... Jean, âgé de 66 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Variole à 32 ans, alcoolisme habituel ; migraine ; hémorrhoïdes ; tendance à l'obésité jusqu'à 50 ans. Depuis le malade a maigri.

Son métier de chapelier l'oblige à travailler avec le mercure. Les

gencives ont un liseré grisâtre ; il a eu autrefois des coliques violentes durant 17 jours, mais habituellement il ne présente aucun trouble digestif. — Il a habité longtemps une demeure humide. Séjour de 9 mois sur les pontons en 1872.

Début de la maladie, il y a 3 ans.

Un jour en marchant chargé d'un panier de bouteilles, il est pris subitement d'une douleur dans la région sternale, avec irradiation dans le bras gauche, et vive oppression, mais du reste sans sentiment d'angoisse bien marqué. Après un repos de quelques minutes, le malade peut reprendre sa marche sans contrainte. Depuis, les crises se sont rapprochées, et ont augmenté d'intensité pour atteindre leur maximum, il y a environ 10 mois.

Crises caractérisées par une douleur occupant la zône précordiale, et péri-précordiale, avec irradiation manifeste dans le bras gauche ; mais cette irradiation est nettement limitée au coude dont elle occupe surtout la région olécranienne. Elle n'a jamais dépassé le coude et n'a jamais atteint les deux derniers doigts de la main. Cette douleur du coude s'accompagne durant les crises d'une vive sensation de froid. Le malade accuse encore, comme irradiation, une douleur très vive un peu en dehors de la colonne vertébrale au-dessus de la pointe de l'omoplate gauche.

La douleur n'est pas contractive. Le malade la compare à une sensation de fer rouge ou de déchirure et dit n'avoir jamais eu le sentiment de mort imminente.

La douleur s'accompagne d'une très vive oppression, sans cependant, comme nous le disions, aller jusqu'à l'angoisse mortelle. Pendant la crise, paleur excessive, parfois sensation de palpitations subites.

Causes productrices de l'accès : Marche un peu rapide. — Effort. — Ascension d'escaliers. — Changements de temps. — Il y a un an le malade a traversé une période durant laquelle les crises survenaient la nuit sans motif suffisant et reveillaient le malade endormi. (On trouve quelquefois un cauchemar comme cause occasionnelle de ces accès nocturnes, mais cette cause est loin d'être constante). Réveillé par une crise, le malade était obligé, pour la calmer, de s'asseoir sur une chaise

près de son lit, et de boire une infusion de thé. Ces crises nocturnes ressemblaient tout à fait à celles qu'il avait dans le jour.

Durée des crises : 2 à 5 minutes. Elles se terminent souvent par une transpiration abondante.

Dans l'intervalle des crises, très bonne santé, pas la moindre oppression, ni douleurs.

Il y a un an le malade dit avoir eu un vertige avec perte de connaissance d'un quart d'heure. Ce vertige n'a du reste pas été accompagné d'une crise de douleur. A ce moment le malade a été soigné en ville par l'iodure de potassium durant environ 4 mois. Ce traitement l'améliore beaucoup, plus de crises nocturnes, et moins de crises dans la journée. Il cesse le traitement, il y a environ 8 mois ; depuis, les crises nocturnes n'ont pas reparu, mais elles viennent toujours à l'occasion de la marche et des efforts. Il entre à l'hôpital le 3 novembre 1892.

Artério-sclérose encore peu avancée avec les radiales un peu dures, et le cœur un peu sourd.

On peut soupçonner un léger souffle à la pointe. Matité cardiaque augmentée.

Pollakiurie nocturne, légère polyurie (2 litres), pas d'albumine.

Traitement : Iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

Sort le 12 novembre, sans avoir eu de nouvelle crise.

Observation VI (Personnelle, résumée).

Forme anormale de l'Angor.

Mme F... 47 ans, n'a pas d'antécédents notables. Réglée à 14 ans, elle a encore ses époques régulièrement.

Il y a un an, elle s'est aperçue de battements des artères du cou. Depuis trois ans elle éprouvait, en marchant, une sensation de constriction de la gorge, puis la sensation s'étendit jusqu'à la région cardio-aortique, et bientôt jusqu'au creux de l'estomac, avec sensation de pesanteur du bras gauche.

Chaque fois qu'elle marche un peu vite elle éprouve la même sensation angoissante et un peu d'oppression.

A l'examen on constate : battements des artères du cou, souffle sys-

tolique et diastolique à la base, pouls vibrant. Pas de rhumatisme ni de goutte. A éprouvé de violents chagrins il y a vingt ans. — Traitement : Iodure et laitage.

La malade, revue à la consultation de l'hôpital Bichat, va beaucoup mieux depuis deux ans.

Observation VII (Personnelle).

Angine de poitrine chez un épileptique.

P. R..., gardien de la paix, entre à l'hôpital Bichat, le 6 novembre 1892.

Père mort à 85 ans, mère morte à 65 ans sans cause connue, quatre frères morts de phthisie. A perdu deux enfants de convulsions.

A eu, à l'âge de quinze ans des accidents épileptiques avec perte de connaissance complète, sans cependant s'être mordu la langue. Traité par le bromure, ces accidents ont disparu vers l'âge de 25 ans. Il a encore quelques absences. Pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

Depuis trois ans éprouve, sous l'influence de la marche, ou des émotions, ou en montant des étages, une vive douleur au creux de l'estomac avec sensation de constriction et irradiation dans le bras gauche. Vive angoisse sous l'influence de la marche. Il dit qu'il préférerait la mort à la douleur qu'il éprouve. Aussi se refuse-t-il presque à marcher. Son médecin lui a donné jusqu'à 8 grammes de bromure par jour.

Visage pâle, exprimant la souffrance, pouls fréquent (130) ; battements des artères du cou ; Matité aortique = 6. Retentissement diastolique à la base.

Diagnostic : Angine de poitrine par artério-sclérose.

Traitement. — Iodure de potassium 2 grammes, trinitrine, pointes de feu, régime lacté.

Deux jours après son entrée, le malade sort de l'hôpital, et nous n'en avons plus entendu parler.

Observation VIII (personnelle).

Pseudo-angine hystérique chez un angineux vrai.

P. L.... 46 ans, comptable entre à la salle Bazin, le 21 novembre 1893. Lit n° 4.

Père mort à 69 ans de maladie aiguë, mère morte à 65 ans.

Une sœur morte du croup.

En 1870, rhumatisme articulaire aigu ayant duré 5 mois sans manifestations cardiaques appréciables. Il continua son service militaire jusqu'en 1873 sans ressentir de douleur au cœur. Il entra comme comptable aux magasins du Louvre et sa santé fut excellente jusqu'en 1889 (août).

A ce moment il ressentit des éblouissements survenant sans cause, avec sensations de mouches volantes. Il n'interrompit cependant pas son travail jusqu'en octobre, où il dut entrer à l'hôpital Broussais dans le service du Dr Chauffard. Il se plaignait de palpitations, d'éblouissements. M. Chauffard diagnostiqua insuffisance et rétrécissement aortique et le traita par des cautères. Il sortit en janvier 1890 très amélioré.

A ce moment il perdit sa place et dut faire un métier pénible l'obligeant à marcher toute la journée. Malgré ce travail exagéré, il ne fut pas obligé de s'arrêter, se plaignant seulement d'éblouissements et de sueurs froides survenant sans cause. Pas d'œdème des jambes.

En septembre 1893 il ressent dans la région précordiale une douleur violente, très brusque, semblable à une commotion électrique, sans angoisse. Au bout de 2 minutes, il reprenait sa marche sans rien d'anormal.

Huit jours après, il avait une nouvelle crise survenue encore pendant la marche, et semblable à la première.

Enfin le 15 septembre, toujours en marchant, il éprouve une crise beaucoup plus violente, avec angoisse et douleur irradiée au bras ; la douleur fut si forte qu'il tomba, sans cependant perdre connaissance. Il garda le repos 8 jours sans nouveaux accidents, mais le lendemain du jour où il reprenait son travail, survenait une nouvelle crise pendant

la marche. Cette crise, plus violente que les précédentes, caractérisée par une angoisse extrême, détermine son entrée à l'hôpital Bichat.

27 *septembre* 1890. — Depuis quelques jours le malade avait les jambes enflées, mais le jour de son entrée à l'hôpital, l'œdème avait disparu complètement. Durant son séjour à la salle Bazin, il n'a pas de douleur violente, mais seulement quelques douleurs fugitives qui surviennent *spontanément*. Il sort amélioré le 29 octobre et reprend son travail sans avoir d'accès pendant dix jours. Le dix novembre survient une crise pendant la marche, — le lendemain nouvelle crise dans les mêmes conditions, — le lendemain encore, pendant que le malade était couché, nouvelle crise spontanée, plus forte que les autres, avec irradiations dans le bras. L'engourdissement du bras persiste cinq ou six heures après la crise, pendant lesquelles le malade ne peut faire un mouvement.

Il rentre de nouveau à l'hôpital, le 20 novembre. L'aspect général est bon, le faciès coloré. Il s'exprime avec une certaine animation, et éveille chez les observateurs l'idée d'une névropathie.

Pas d'hypertrophie du cœur. A l'auscultation léger souffle systolyque et souffle diastolyque très net. De plus, à la pointe, un peu en dedans, dans la région mésocardiaque, bruit de râpe systolique.

Pouls régulier, pas d'athérôme, ni de dilatation de l'aorte.

Hémianesthésie du bras gauche, et, du même côté diminution, de la force musculaire.

A la pression, douleur dans les 2e et 3e espaces intercostaux, du bord du sternum à la ligne intermamelonnaire, le maximum étant dans le troisième espace au niveau du mamelon. La région de la pointe n'est pas douloureuse.

La dernière crise que le malade a éprouvée, a été *spontanée*, d'une durée plus longue et presque aussi angoissante que les dernières. Elle est survenue sans avoir été provoquée par l'effort. Le diagnostic, confirmé par M. Huchard, est celui de pseudo-angine hystérique survenant chez un angineux vrai. Ce malade est encore en traitement à l'hôpital.

Observation IX (personnelle).

Arythmie cardiaque et accidents pseudo-angineux chez une névropathe cardiaque.

T.... Marguerite, 52 ans, entre salle Louis, le 29 mars 1892.

Antécédents héréditaires : Père mort à 53 ans d'une affection aortique. Mère morte également d'une affection cardiaque. Deux frères, dont l'un est mort d'une maladie de la poitrine, l'autre d'une maladie du cœur. Tous les membres de sa famille étaient rhumatisants.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais été malade ; pendant son enfance, à l'âge de treize ans seulement, au moment de ses premières règles, elle eut de violentes palpitations qui ne persistèrent pas. Depuis elle a été régulièrement réglée. Elle n'a jamais eu d'enfants. A l'âge de 28 ans, elle eut une fièvre muqueuse. Puis, il y a huit ans, elle contracta une bronchite, qui a tendance à se répéter tous les hivers.

Il y a cinq ans, elle contracta un rhumatisme aigu, pendant lequel elle n'accusa pas de manifestations cardiaques. Elle se guérit assez rapidement. Mais, peu de temps après, elle éprouva des malaises, des crampes d'estomac, des étouffements, des battements de cœur, accidents qui se sont surtout prononcés depuis 18 mois, et qui l'amènent actuellement à l'hôpital. Ces divers symptômes ont coïncidé, à son dire, avec un certain degré d'amaigrissement. Ménopause depuis 10 mois.

Actuellement la malade se plaint surtout d'étouffements et de palpitations. Elle a des accès d'étouffements surtout la nuit, et le moindre effort l'essouffle. Elle a des élancements dans le cou et la tête, et parfois des douleurs qui, parties de la région précordiale, irradient dans les bras, et le long du rachis sans déterminations précises. Lorsqu'elle est longtemps debout, les membres inférieurs s'œdématient. Elle a fréquemment des vertiges et des étourdissements. Le sommeil est souvent troublé par la dyspnée. Elle éprouve parfois des phénomènes de syncope locale à l'extrémité des doigts, surtout à droite.

Les fonctions digestives ne sont pas troublées. L'appétit est normal, la digestion satisfaisante ; pas d'albumine.

Les symptômes pulmonaires sont nuls.

Enfin cette femme est d'un tempérament nerveux et facilement impressionnable.

Examen du cœur : Le choc précordial est assez intense. — La pointe n'est pas déplacée. — Arythmie cardiaque. — Léger prolongement diastolique en dehors et au niveau de la pointe, sous l'aisselle. — Le pouls est assez ample, mais arythmique comme le cœur.

Diagnostic. — Cette malade est très probablement atteinte d'un rétrécissement mitral ; mais il faut sans doute faire une grande part dans ses phénomènes cardiaques à son état de nervosisme.

Traitement. — Teinture de digitale, XL gouttes. Repos.

31 *Mars.* — Les douleurs surviennent à propos de rien et s'irradient dans la tête et les bras, sous localisations précises. Sujet très nerveux. — Érythème pudique envahissant la partie supérieure du thorax.

En s'appuyant sur le caractère des douleurs, l'absence d'angoisse, leur longue durée, on arrive à en faire des douleurs pseudo-angineuses, de nature nerveuse.

Impulsion du cœur très forte. Pouls également fort inégal, arythmique. Souffle présystolique très léger à la pointe. Battements veineux à la base du cou. Pas de battements artériels.

Prescription. — Bromure de potassium 4 grammes, teinture de digitale X gouttes.

1er *Avril.* — Le souffle présystolique ne s'entend plus. État général comme hier. Prescriptions semblables. Urine : 1000 grammes.

2. — La malade se plaint d'avoir passé une nuit agitée. La pression du niveau des premiers nerfs intercostaux et des nerfs phréniques est douloureuse. Le malade se plaint de crampes dans les jambes, qui sont le siège de varices. Ces varices sont peut-être la cause de l'œdème des jambes.

4. — La malade a passé une bonne nuit. Son cœur est plus calme. Même prescription. U = 1000.

5. — Grande amélioration dans l'état de la malade. — Battements du cœur presque normaux ; très peu irréguliers. — Respiration facile. Sommeil très bon.

11. — Vésicatoire à la région précordiale.

L'état de la malade s'améliore progressivement.

Il n'y a plus d'arythmie cardiaque.

La malade sort le 28 avril. Quelque temps, après, (le 25 mai) elle revient à la consultation. L'état général est amélioré, et elle se considère comme guérie.

Le bromure de potassium paraît avoir joué le principal rôle dans l'amélioration et la sédation des accidents.

Observation X (personnelle, résumée).

Pseudo-angine spasmo-tabagique.

M. D.... 59 ans, ni goutteux, ni rhumatisant, ni arthritique, ni alcoolique, est grand fumeur (cigare et pipe). Une de ses sœurs a eu des accidents angineux ?.

Il y a 4 ans, oppression en marchant.

Il y a 3 mois, à 8 heures du matin sort et prend froid. En rentrant chez lui, douleur violente sous le sternum, qui dure toute la journée avec irradiation dans le bras droit ; douleur sans presque d'angoisse.

Depuis, les accès se sont renouvelés fréquemment et spontanément.

Intermittences cardiaques, pouls fort et vibrant, rien au cœur ; Emphysème pulmonaire, tendance à l'obésité.

Diagnostic : pseudo-angine nicotique.

L'iodure de potassium et la suppression du tabac amènent la guérison ; au bout de deux mois les accès avaient cessé. Le médecin du malade avait cru à une hypertrophie du cœur.

Observation XI (Rendu).

Dilatation cardiaque d'origine gastrique, portant presque exclusivement sur le cœur droit ; accès d'angine de poitrine unique, sous l'influence d'un écart de régime. Disparition totale de l'accident sous l'influence de la diète lactée.

M. Sch... âgé de 53 ans, brasseur, est un alsacien robuste, qui a beaucoup abusé dans sa jeunesse de la boisson, et qui est devenu dys-

peptique. En 1877, je le vis pour la première fois avec de l'ascite, un foie congestionné et volumineux, de l'anurie, des palpitations cardiaques : le cœur battait fortement, d'une manière irrégulière ; il y avait un souffle tricuspidien des plus nets, et du gonflement des jugulaires. Je pensai tout d'abord qu'il s'agissait d'une hypertrophie du cœur avec cirrhose, et je soumis le malade au régime lacté. En très peu de jours, l'ascite disparut, une diurèse énorme s'établit, le souffle tricuspidien s'affaiblit et cessa de se faire entendre ; seul le foie persista volumineux. Il fut alors évident qu'il s'agissait d'une dilatation simple du cœur, retentissant de préférence sur le ventricule droit et se compliquant de congestion hépatique et rénale. Pendant les années 1878 et 1879, la santé de cet homme se maintint excellente, et il put reprendre une vie active et laborieuse, sans conserver autre chose qu'une tendance extrême à la congestion du foie sous l'influence du moindre écart de régime. A plusieurs reprises j'assistai à des retours de dilatation cardiaque caractérisés par du bruit de galop, l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, un souffle tricuspidien passager. Toujours des purgatifs, du calomel, une petite dose de digitale et le régime lacté continué pendant une ou deux semaines, avaient raison de ces accidents.

En 1880, nouvelle poussée d'asystolie, qui dure près de six semaines et laisse le malade affaibli et oppressé, avec persistance du bruit de galop du cœur droit. Néanmoins les mêmes remèdes agissent avec leur efficacité habituelle, et Sch... put reprendre ses occupations, avec l'obligation stricte, sous peine de rechute, d'être d'une sobriété absolue.

L'hiver de 1881 se passe sans encombre, avec quelques velléités de congestion hépatique. Au mois d'Avril, le malade est obligé de faire un voyage d'affaires en Allemagne, pendant lequel il se fatigue, mange irrégulièrement et ne boit que de la bière. Il revient à Paris vers le dix mai avec une teinte subictérique, la jambe et le ventre enflés, sans appétit, avec des nausées et de l'oppression. Un purgatif drastique d'eau-de-vie allemande le soulage, et au bout de quelques jours, son appétit reparaît, mais je lui fait suivre la diète lactée rigoureusement pendant une semaine.

Le 20 *mai*, se croyant guéri, il se fait servir un plat de son pays, de la choucroute. A la fin du repas, sans cause connue, il est tout à coup

envahi par une douleur atroce, qui occupe les deux bras, le devant de la poitrine, la base du cou, et va irradiant jusqu'à la nuque. En même temps, un sentiment d'angoisse inexprimable se déclare, sa figure est couverte de sueur, il lui semble qu'il va tomber en syncope. Cet état de douleur agonique se prolonge plus d'une heure, et les souffrances des bras persistent presque toute la journée, en dépit de vomissements qui surviennent et le soulagent notablement. Le soir, grâce à une injection de morphine, la crise est calmée : mais la constriction thoracique se fait encore sentir, et cette angoisse ne cesse que le lendemain dans l'après-midi, 36 heures après le début des accidents. Le malade purgé de nouveau et de nouveau soumis au régime lacté, n'a jamais vu depuis reparaître d'accès semblable. Ici, la cause occasionnelle a été bien manifestement une indigestion, et cette circonstance provocatrice a été d'autant plus influente, qu'elle s'adressait à un sujet dont le cœur avait déjà subi à plusieurs reprises le retentissement d'une affection hépatique.

Depuis cette époque, je n'ai pas cessé de suivre M. Sch... Il continue à passer par des périodes d'asystolie passagère quand son foie se congestionne de nouveau, et que ses reins cessent de fonctionner aussi régulièrement ; ceci se produit toujours dans les voyages qu'il est obligé d'entreprendre en Allemagne, pour faire ses achats de houblon. Actuellement, en 1883, la congestion hépatique est devenue chronique, et il y a un certain degré d'ascite permanente, même quand le cœur se contracte bien et bat régulièrement. Malgré cette aggravation des lésions, jamais l'angine de poitrine ne s'est reproduite, et cette immunité concorde avec l'intégrité des fonctions digestives, qui ne s'est pas démentie un seul instant depuis lors.

Observation XII (Rendu).

Pseudo-angine gastrique.

A. T..., 69 ans, marchande des 4 saisons, atteinte de rhumatisme chronique depuis 4 ans, souffre de l'estomac depuis huit jours (nausées, vertiges, anorexie, etc.). Avant son entrée à l'hôpital, elle a eu deux fois des accès de pseudo-angine de poitrine caractérisés par une

douleur précordiale intense, avec irradiations dans le côté gauche du cou et de la mâchoire, ainsi que dans les deux membres supérieurs ; cette douleur s'accompagne d'un sentiment de plénitude dans la poitrine avec oppression excessive. A son entrée à l'hôpital, on constate les signes évidents d'une dilatation du cœur droit (accentuation du deuxième bruit pulmonaire, bruit de galop droit, etc.) ; pas d'adhérence artériel. Foie normal.

Un jour, la malade, après avoir avalé une tasse de bouillon, est prise d'un accès extrême d'oppression ; le pouls est petit, à peine perceptible. Assise sur son lit, penchée en avant, elle se plaint d'une sensation très douloureuse dans la région sous-sternale avec irradiation vers le côté gauche du cou et de la face, qui est un peu cyanosée, et vers les deux membres supérieurs. Après un traitement qui a consisté dans l'administration d'un vomitif, d'un purgatif, du régime lacté, d'amers et d'eupeptiques, la malade sort guérie, n'ayant plus éprouvé que deux fois des accès fort atténués d'angoisse pectorale.

Observation XIII (personnelle, résumée).

Pseudo-angine d'origine gastrique.

P. F... 37 ans, est envoyé à la consultation du jeudi à l'hôpital Bichat par son médecin. Pas d'antécédents héréditaires. A 19 ans rhumatisme articulaire.

Depuis quatre ans, d'abord beaucoup de renvois gazeux après les repas, puis douleur au creux de l'estomac avec quelques irradiations en haut et en bas. Pas d'angoisse au moment des crises.

Il y a 3 ans et demi, pression continue au creux épigastrique, puis douleur au devant du sternum, à l'épaule et au bras. Les deux premières crises ont eu lieu pendant la nuit et ont duré deux heures.

Jamais de crises pendant la marche ; au contraire la marche le soulage.

A la consultation le malade a de nombreuses éructations. Il n'a eu que quatre crises en tout ; la dernière la veille même, à 10 heures du matin sans cause ; (il avait pris du café à 7 heures). La crise ne s'est terminée qu'à quatre heures.

Douleur en étau au creux de l'estomac et au devant du sternum. Pas d'irridiation de la douleur.

Rien à l'auscultation : retentissement diastolique pulmonaire. — Dilatation stomacale. Quelques nodosités phalangiennes.

Diagnostic : Pseudo-angor d'origine gastrique, ectasie gastrique.

Le *traitement* gastrique l'a *guéri*, ainsi que nous l'a écrit son médecin.

Observation XIV (personnelle, résumée).

Pseudo-angine hystérique.

Mlle J..... M.... 19 ans, malade depuis deux ans. Début par palpitations, puis étouffements avec douleurs au niveau du cœur, accès de suffocation, sensation de boule remontant à la gorge et l'étouffant.

Accès *spontanés*, jamais en marchant.

Crises durant 2 à 3 heures, avec irradiations au membre supérieur gauche et commençant au-dessus de la pointe du cœur. Quelques crises nerveuses. Pas de troubles digestifs, menstrues irrégulières.

P = 128 (Tachycardie nerveuse).

Pendant les accès on observe des phénomènes de spasme laryngé et le bras gauche devient violacé.

Anesthésie épiglottique complète, anesthésie de la conjonctive oculaire, analgésie en plaque des membres. Envies de pleurer ; boule hystérique, ovarite gauche.

Diagnostic : Pseudo-angor hystérique.

Traitement. — Valérianate d'ammoniaque, douches froides, frictions sur les membres, deux gouttes de solution de trinitrine matin et soir.

Un mois après, elle allait beaucoup mieux.

Observation XV (personnelle, résumée).

Pseudo-angine neurasthénique.

M. D.... C....., 41 ans, a beaucoup fumé autrefois, fume beaucoup moins depuis trois ans. (Antécédents héréditaires rhumatisants et nerveux).

Depuis deux ans il est pris fréquemment, surtout la nuit, vers minuit, d'une douleur en étau siégeant près du sternum, et durant une heure, quelquefois avec irradiations au bras gauche. Souvent froid glacial, tremblement, etc.

Digère mal, renvois gazeux, estomac balloné après les repas, et cependant bon appétit.

Très nerveux et impressionnable, envies de pleurer fréquentes.

Après les accès de douleurs, émission d'urines abondantes et claires.

Les accès reviennent par séries : rien pendant un mois ; crises quotidiennes pendant huit jours.

Il éprouve à ce moment une angoisse atroce, avec crainte de la mort. Il craint d'aller en chemin de fer, éprouve de subites envies d'uriner a l'esprit très inquiet.

A eu il y a cinq ans des accidents urinaires pour lesquels on l'a sondé, et qui ont cédé à l'emploi des douches.

Rien au cœur : léger retentissement diastolique.

Diagnostic. — Pseudo-angor neurasthénique et arthritique.

Traitement — Dirigé contre la dyspnée et l'état nerveux, améliore les accidents.

Observation XVI (dûe à l'obligeance de M. le Dr Paul Blocq, chef des travaux pratiques à la Salpêtrière).

Pseudo-angine de poitrine neurasthénique.

J'ai vu en janvier 1890, M. D. de V... âgé de 43 ans, employé dans les bureaux du chemin de fer, se plaignant de troubles graves qui l'ont obligé à renoncer à son travail, et chez qui ses proches et ses amis supposent non seulement, en raison des accidents auxquels ils ont assisté, mais encore, en raison des plaintes et de l'aspect du malade, une affection des plus graves.

Il se plaint d'être pris depuis plus de 6 mois, de douleurs précordiales avec spasmes et étouffements, survenant par accès s'accompagnant de sensation de froid des extrémités.

A l'examen, on constate qu'il existe de la dureté des artères, et un très léger degré de dilatation aortique. Le malade avoue du reste des excès alcooliques. En dehors de ces signes on ne constate que des phénomènes nerveux.

Le malade est extrêmement frappé de ses accidents. Il est profondément déprimé, parle constamment de son cœur qu'il dit congestionné, et de la mort subite qui le menace. Il mange peu et a maigri depuis qu'il est malade de 7 kilogs. Les accès le prennent tous les 2 à 3 jours, et le laissent plus prostré encore.

Rien à l'exploration du cœur. Aucun autre signe, en dehors, de la dépression générale, des préoccupations hypochondriaques et des accès de douleur précordiale avec spasmes (dans lesquels il ne parait pas cyanosé).

Je prescris un régime hydrothérapique, que le médecin traitant refuse d'appliquer, craignant dit-il, de tuer le malade à la première douche. Je décide alors le malade à aller à la Salpêtrière, ou le traitement lui est appliqué, mais quelques jours ensuite, il s'ennuie et demande sa sortie. Sur mon conseil il est conduit chez des parents éloignés en Lorraine, et continue à suivre à Metz un traitement identique.

Actuellement il est complètement remis de ces troubles, et depuis plus de 18 mois a repris ses occupations.

Observation XVII (dûe à M. P. Blocq).

Pseudo-angine de poitrine neurasthénique, chez une hystérique ancienne.

M. D., âgée de 26 ans, s'est présentée à ma consultation le 20 novembre 1891. On ne peut avoir de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : A souffert il y a 4 ans de crises de petite hystérie sans perte de connaissance. Crises émotives très nettes s'accompagnant de contraction passagère des membres du côté gauche.

S'est mariée il y a 2 ans : a été abandonnée par son mari, et souffre depuis un an des troubles pour lesquels elle demande nos soins.

État actuel : Elle a tous les soirs, périodiquement, une crise caractérisée par des sensations très douloureuses d'étreintes dans la région précordiale, avec irradiations dans l'épaule et le bras gauche. Cette crise s'accompagne d'oppression et d'angoisse, dure de 1/4 à 1/2 heure. Dans l'intervalle, il n'existe aucun trouble cardiaque.

L'examen montre, du côté du système nerveux qu'il existe : de la céphalée en casque, des vertiges, de la lassitude continuelle plus accusée le matin au réveil, de la dyspepsie flatulente. On constate un léger degré d'hypoesthésie du côté gauche, vestige de l'orage hystérique ancien. Tous les réflexes sont normaux.

L'exploration du cœur ne dénote rien d'anormal. Les divers accidents ont cédé au traitement moral, aidé des pratiques hydrothérapiques (enveloppement dans le drap trempé d'eau à 45°).

Observation XVIII (personnelle, résumée).

Pseudo-angine névralgique.

Mme P..., 34 ans, n'a jamais eu que des douleurs vagues sans rhumatismes ; pas d'antécédents.

Il y a trois ans, a fait une chute et a été soignée pour une ovarite aiguë. Depuis, éprouve des crises nerveuses avec frissons, douleur retrosternale et palpitations, avec assez de régularité tous les soirs au moment de se coucher. Accès d'étouffements avec douleur précordiale, refroidissement des extrémités pendant plusieurs heures, mauvaise digestion le soir, constipation, dyspepsie flatulente. Tendance à l'obésité depuis trois ans. Envies de pleurer fréquentes, idées noires. Urines chargées d'acide urique. Rien au cœur, ni à l'estomac ; point de névralgie intercostale des deux côtés.

Diagnostic. — Névrose cardiaque.

Traitement. — Valérianate d'ammoniaque.

Vésicatoires, pilules de pancréatine, massage. Revue deux mois après, elle allait mieux.

Observation XIX (personnelle, résumée).

Pseudo-angine névralgique.

M. L. B., 38 ans, fume peu, après avoir beaucoup fumé autrefois, pas de syphilis.

A souffert pour la première fois de douleurs au cœur il y a 5 ou 6 ans. Depuis plusieurs jours la douleur est presque continue, et diminue sous l'influence de la marche. Pas d'irradiation aux bras. Il a été impressionné par la mort d'un de ses amis qui a succombé à une angine de poitrine.

Beaucoup de vertiges, pas de migraines, mais douleurs intercostales depuis longtemps, ayant provoqué des crises d'étouffements. Arthritique et nerveux.

Diagnostic. — Pseudo-angine névralgique.

Traitement. — Antipyrine (3 gr.) pendant 8 jours et trinitrine.

Revue un mois après, son état quoique un peu amélioré est sensiblement le même.

Observation XX (Résumée. — Foureur, *Revue de médecine*, 1888).

Péricardite purulente. — Douleur angineuse.

Femme de 38 ans sans antécédents pathologiques. Il y a deux jours, vive douleur à la région épigastrique et derrière le sternum, puis dyspnée. toux, pouls petit, fréquent, irrégulier, angoisse extrême, défaillance, cyanose des lèvres, syncopes, meurt avec symptômes asphyxiques. On a simplement trouvé matité cardiaque, notablement augmentée : demi litre de liquide purulent et verdâtre dans le péricarde. On ne trouve aucune trace de suppuration dans aucun autre organe. C'est donc une péricardite purulente primitive (dûe au streptococcus pyogènes).

Cette observation peut se rapprocher de celle que rapporte Cabanis, (*Œuvres complètes*, Paris 1823), qui a ouvert le corps de Mirabeau avec Vicq d'Azir. Le péricarde contenait du pus. Il est mort

de péricardite purulente et non pas de pleurésie diaphragmatique comme on l'a cru. Il éprouvait des douleurs atroces comme une « griffe de fer » au devant du sternum.

Observation XXI (personnelle, résumée).

Névralgie intercostale.

M. L.... 60 ans, ouvrier typographe, souffre depuis 35 ans de douleurs précordiales, qui surviennent presque continuellement. Pas de douleur en marchant, ni en montant les escaliers. Jamais d'irradiation douloureuse aux bras. Rien au cœur. Douleur à la pression au niveau du 4e espace intercostal. Rapidement amélioré par le stypage.

Observation XXII (personnelle, résumée).

Névralgie intercostale.

M. D... 25 ans, garçon de laboratoire, se plaint d'une douleur persistante au côté gauche. A eu des rhumatismes articulaires avec douleurs vagues qui ne l'ont pas obligé à rester au lit.

Douleurs intercostales à la pression au niveau de 3e, 4e et 5e espaces (malade pâle et nerveux). Guéri par les douches et l'arsenic.

Observation XXIII (personnelle).

Coliques hépatiques avec douleur précordiale.

V.... Catherine, âgée de 31 ans entre à l'hôpital Bichat le 21 octobre 1891. Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Sa mère est morte âgée ; son père, jeune, par suite d'accidents. Elle a un frère bien portant. (Il ne paraît y avoir aucun accident arthritique).

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans son enfance. — Fièvre typhoïde en 1877. — Ni scrofule, ni syphilis, ni rachitisme.

Après sa fièvre typhoïde, elle eut des accès de durée variable, rémittants, survenant surtout dans la soirée, rarement le matin, d'intensité inégale ; céphalalgie suivie de vomissements glaireux, mousseux, souvent bilieux, avec pesanteur dans le creux épigastrique. Leur durée

pouvait être de 1 à 4 jours et se renouveler 3 à 4 fois par mois, quelquefois devançant les époques, d'autres fois survenant aussitôt après.

Ces accès devinrent peu à peu plus rares, et ne furent jamais suivis d'ictère, même le plus léger.

Pendant ses accès, elle n'a aucun goût pour la nourriture et la boisson, qu'elle vomit d'ailleurs aussitôt après leur ingestion.

N'a jamais pu manger de graisse, et si parfois elle en mange, elle la rend telle que. Pas de charcuterie, elle ne peut la digérer. — Souvent des éructations acides ; coliques, rarement suivies de diarrhée, car la constipation est de règle chez elle.

Les matières fécales sont jaunes et sans odeur fétide.

Pas d'amertume de la bouche.

Son dernier accès eut lieu, il y a 8 jours au moment de ses époques ; sensations de gêne, pénible, ballonnement du ventre, pesanteur au creux épigastrique, qui s'exagère à tous les mouvements, surtout de la marche ; cette sensation de gêne s'accentue surtout après le repas.

Ictère assez foncé pour la première fois. Elle a en ce moment une douleur au bras gauche, au niveau du biceps. Cette douleur irradie dans l'avant-bras et la main, la région deltoïdienne, l'extrémité inférieure de l'omoplate. Ces régions sont douloureuses. surtout à la pression, sans qu'il y ait pour cela ni gonflement, ni rougeur. Ces douleurs sont très vives dans le bras, dans la région splénique, et sous le mamelon gauche.

Les mouvements sont pénibles.

Ces douleurs, d'abord localisées à gauche, survinrent à l'avant-bras droit au niveau de l'articulation du coude.

Insomnie fréquente, courbature, éblouissements.

Urine. — Teinte brune à reflet verdâtre avec l'acide nitrique, la coloration passe du violet au rouge.

Cœur. — Le droit ne paraît pas sensiblement hypertrophié. — (Dédoublement du premier bruit avec léger souffle) (?).

Foie peu hypertrophié, douloureux à la pression. Traitement ordinaire des coliques hépatiques.

La malade sort guérie quinze jours après, il persiste encore une légère douleur à gauche.

CONCLUSIONS

I. — Les douleurs de la région du cœur, ou « précordialgies » peuvent se diviser en trois classes, d'après leur pathogénie :

1° Douleurs *d'effort* ; (douleurs de l'angine de poitrine vraie ou coronarienne).

2° Douleurs *spontanées*, (douleurs des pseudo-angines de poitrine, ou, pour mieux dire, des précordialgies à forme angineuse) qui peuvent se subdiviser elles-mêmes en quatre groupes, d'après l'origine *toxique*, *hystérique*, *neurasthénique* ou *centrale* de la maladie.

3° Douleurs à la fois spontanées et provoquées par la pression, et augmentant sous son influence (douleurs de la péricardite, des artérites, des névralgies diaphragmatique, intercostale, mammaire externe, etc.; de la phthisie, de la pneumonie, de la pleurésie, de la pleurodynie, du zona, des fractures de côte, du rhumatisme intercostal, etc.; douleurs, en un mot plus connues sous le nom de points de côté.

II. — La précordialgie de l'angine de poitrine, dûe à la sclérose coronaire constitue une douleur typique : elle est douloureuse, angoissante et provoquée par l'effort. Elle ré-

pond aux trois lois cliniques qui lui ont été assignées par M. Huchard :

1° Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, par la marche rapide, etc., est une angine vraie ;

2° Toute angine de poitrine se produisant spontanément, sans l'intervention d'un acte nécessitant un effort, est une angine fausse ;

3° Lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort en a de spontanées pendant la nuit, la première loi n'est pas en défaut : il s'agit toujours d'un angineux vrai.

III. — Les précordialgies des pseudo-angines de poitrine, d'origine toxique, hystérique, neurasthénique ou centrale, peuvent s'observer chez des angineux vrais, et rentrent alors dans cette catégorie, ou chez des malades indemnes de toute lésion des coronaires.

Dans ce dernier cas la douleur est toujours spontanée, parfois angoissante, et peut, en certains cas, s'exagérer à la pression.

IV. — Il peut arriver qu'un angineux vrai, qui en même temps est atteint d'hystérie ou de neurasthénie, présente des accès de pseudo-angine nerveuse alternant avec des accès d'angor vrai. Le diagnostic est plus délicat alors, mais la spontanéité et la répétition à heure fixe des accès nerveux mettra sur la voie.

V. — La douleur dans les ruptures myocardiques ressemble en tous points à celle de l'angine de poitrine. Il en

est parfois de même des ruptures valvulaires et des ruptures des piliers du cœur. Mais dans ces cas extrêmement graves, surtout les premiers, le diagnostic est presque toujours impossible. La mort qui survient subitement ou rapidement dans la plupart des cas, ne permet pas de songer à le faire.

VI. — Les précordialgies d'origine névralgiques sont toujours provoquées par la pression. Lorsqu'il s'agit d'une névralgie des intercostaux, du phrénique ou du mammaire, on trouvera les points douloureux classiques.

Les symptômes de la phtisie pulmonaire, de la pneumonie, de la pleurésie, du zona, etc., mettront sur la voie du diagnostic, quand il s'agira de points de côté produits par cette affection. Au reste jamais les signes de la douleur dans ces cas, ne peuvent tromper au moins le médecin et lui faire croire à l'angor.

VII. — Les maladies du cœur, par elles-mêmes, sont indolentes. Elles ne deviennent douloureuses que par certaines complications telles que coronarite, péricardite, névrite du plexus cardiaque etc.

VIII. — Les pseudo-palpitations douloureuses peuvent s'observer : 1° chez les cardiaques, 2° chez les chlorotiques, les anémiques, les nerveux, tous ceux, en un mot chez lesquels la pointe vient battre contre une paroi hypéresthésiée.

IX. — De même que les affections du cœur peuvent s'accompagner de douleurs nerveuses siégeant dans les

nerfs de la région précordiale, et influer sur la production de ces douleurs, de même les douleurs de la région précordiale, peuvent influer sur le cœur et produire une hypertrophie cardiaque à la suite d'une névralgie du membre supérieur (Potain).

X. — Les précordialgies, suivant la cause à laquelle elles sont dûes, réclament chacune le traitement de cette cause elle-même.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne) 30, passage Verdeau, Paris.